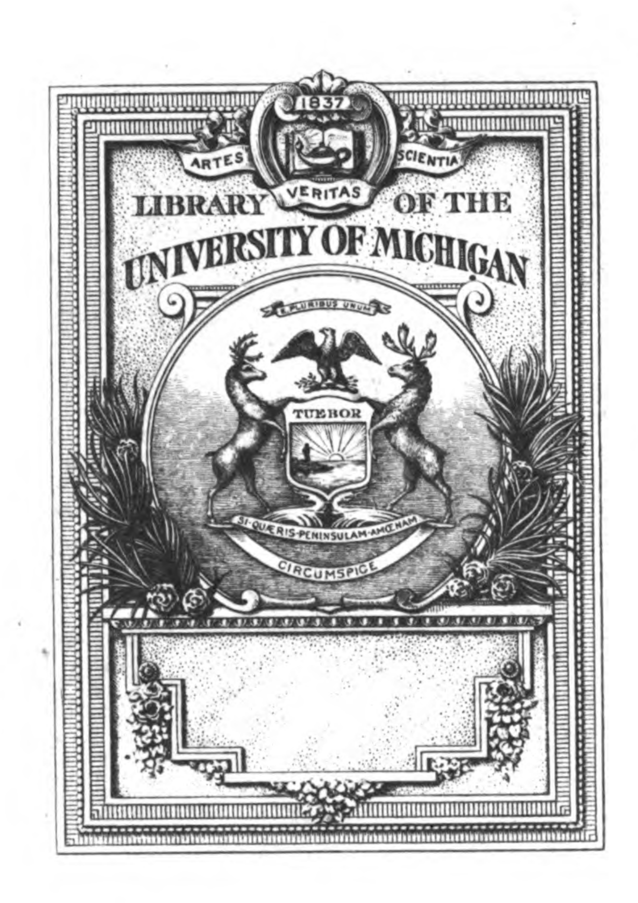
PAGE NOT AVAILABLE


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER	BONHOEFFER	FISCHER	KLEIST	MERCKLIN
ZÜRICH	BERLIN	WIESLOCH	FRANKFURT A. M.	TREPTOW A. R.

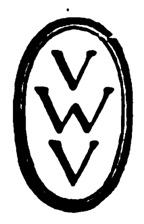
PERETTI	STRANSKY
GRAFENBERG	WIEN

DURCH

HANS LAEHR
WERNIGERODE-NÖSCHENRODE A. H., MÜHLENTAL 3

ACHTUNDSIEBZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1920
REDIGIERT VON
O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & CO.,
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1922



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZURICH · BONHOEFFER BERLIN · FISCHER WIESLOCH · KLEIST FRANKFURT A. M. · MERCKLIN TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG · STRANSKY WIEN

DURCH

HANS LAEHR
WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

ACHTUNDSIEBZIGSTER BAND
ERSTES UND ZWEITES HEFT
AUSGEGEBEN AM 18. APRIL 1922



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & Co.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1922



Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1./2. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Inhalt.

Erstes und Zweites Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Drittes und Viertes Heft.

Originalien.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.



Fünftes und Sechstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.



Das Verhalten der Körpergewichte von Geisteskranken während der Kriegszeit.

Von

Dr. **H. Löw**, Oberarzt[1]).

Die Kriegszeit hat dem deutschen Volke unter anderem auch ı rein körperlicher Hinsicht eine Unmenge von Nöten und Entehrungen auferlegt. Besonders hart hat die mangelhafte Ernährungsıöglichkeit gewirkt. Unter ihrem Einflusse hat die Volksgesundheit anz erheblich gelitten, es sei nur an das Massensterben von Säugngen, aber auch von Erwachsenen, an die „Ödemkrankheit", an das on vielen Seiten betonte Anwachsen der Tuberkulose, an das Aufeten von gewissen Knochenerkrankungen usf. erinnert. Auch in er Irrenanstalt konnte man die verhängnisvolle Wirkung der immer :hlechter werdenden Ernährung bald merken. Zumal der „Steckibenwinter" 1916 auf 1917 hat uns ein Massensterben gebracht, ie es schlimmer kaum gedacht werden kann; daneben haben wir ıch eine vermehrte Tuberkulosesterblichkeit unter unseren Kranken :sehen. An und für sich kann es kein Wunder nehmen, daß sich e verderblichen Einflüsse der Kriegsernährung gerade in der Irrenıstalt besonders kraß zeigen mußten, denn gerade hier bestanden bei der Masse der zu Verpflegenden ganz besondere Ernährungshwierigkeiten. — Es schien nun eine dankenswerte Aufgabe, nachm die Ernährungsbedingungen wieder wesentlich bessere geworden aren, zu versuchen, noch einmal in einem Rückblick auf die Kriegsrhältnisse sich ein Bild von dem Einflusse derselben auf unser rankenmaterial zu machen und womöglich etwas tiefer in die andeutete Materie einzudringen. Zweifellos durften einem bei einem lchen Versuche verschiedene Wege zur Verfügung stehen. Die ufgabe sollte im Vorliegenden sein, an der Hand der Körperewichte vom Standpunkte des Klinikers aus der gestellten Auf-

[1]) Aus der Provinzial-Heil- und -Pflegeanstalt Bedburg-Hau, Direktor unitätsrat Dr. *Flügge*.



gabe näher zu treten. Betont muß werden, daß jedes Arbeiten vom klinischen Standpunkte aus jedoch unmöglich gewesen wäre, wenn man sich nicht auf die genauen anatomischen Befunde des Pathologen hätte stützen können. Demzufolge sind alle Diagnosen bei den Gestorbenen gestützt durch die Sektionen, die einheitlich durch den Prosektor der Anstalt (Oberarzt Dr. *Witte*) gemacht sind.

Was nun die Sache selbst angeht, so konnte nicht wahllos alles Gewichtskurvenmaterial verwandt werden; es kamen nur solche Fälle in Frage, bei denen schon seit geraumer Zeit vor Beginn des Krieges regelmäßig Körpergewichtsbestimmungen gemacht worden waren, damit man sich auch von dem früheren Verhalten der Gewichte bei den betreffenden Kranken ein Bild machen konnte. Weiterhin wurden nur solche Gewichtskurven verwandt, die vor der Kriegszeit einen einigermaßen gleichartigen Verlauf zeigten. Es kamen daher in der Hauptsache nur chronische Fälle in Frage. Vor allem wurden auch keine organischen Fälle, abgesehen von Epilepsien, genommen, da ja bei Organikern noch andere Gründe für Gewichtsveränderungen in Betracht kommen. Aus demselben Grunde wurden unruhige Kranke ausgeschaltet. Somit beschränkte sich das Krankheitsmaterial auf ruhige, chronisch geisteskranke Fälle, die zum Teil auch beschäftigt waren bzw., was gar nicht selten war, gearbeitet hatten, bis sie infolge ihrer Reaktion auf die Kriegsernährung unter Bettruhe gehalten werden mußten. Auf diese Weise gelang es doch immerhin noch 166 Fälle zu erhalten, die alle der Männerabteilung angehörten. Aus dem Gesagten geht hervor, daß das Material nicht ohne weiteres benutzt werden kann, um rein statistisch auf die Verhältnisse in der ganzen Anstalt bezogen zu werden. Streng genommen, dürfte statistisch das Gefundene nur auf eben die 166 Fälle angewandt werden. Indessen ergab sich daß auch die, wie erwähnt, beschränkte Anzahl der Fälle doch geeigne ist, sich ein Bild von der Wirkung der Kriegsverhältnisse auf di Anstalt zu machen.

Es muß nun doch mit einigen Worten darauf eingegangen werden nach welchen Richtlinien an die Verarbeitung des Materials ge gangen wurde. In dieser Beziehung war der Weg einem vorgezeichne da ja durch die Arbeiten der Würzburger Schule schon seit lange auf die Wichtigkeit des Studiums der Gewichtsverhältnisse aufmer sam gemacht und auch Methoden zur Bewertung der Gewichte an gegeben waren. Dementsprechend wurden auch bei der vorliegende Arbeit die von *Rieger* und *Reichardt* angegebenen Methoden der G

wichtsbewertung verwandt. Was dann im besonderen die Sichtung und Ordnung des vorliegenden Materials angeht, so ergab sich das Folgende: Wenn man beim ersten Durchsehen des Materials, ohne nach Todesursache, Diagnose usf. zu fragen, die einzelnen Kurven, sozusagen bildlich, auf sich einwirken ließ, so ergaben sich alsbald bestimmte Typen, die immer wiederkehrten. Und zwar zeigte sich, um das Gesagte näher zu erläutern, beispielsweise, daß die Gewichtskurve ihre bisherige, ungefähr in gleicher Höhe verlaufende Linie verließ, um plötzlich innerhalb weniger Monate in mehr oder weniger beträchtlichen Stürzen zu sinken, oder das „Gewichtskurvenbild' zeigte ein zwar langdauerndes, aber stetiges Sinken, oder Kombinationen beider Typen traten auf. Diese „Kurvenbilder" waren so eindringlich und immer wieder bei den einzelnen Kurven so unverkennbar, daß sich die erste Sichtung und damit die Einteilung des Materials sozusagen von selbst ergab. Nach diesem Gesichtspunkte ist denn auch im folgenden bei der Verarbeitung der Fälle verfahren worden.

Wenden wir uns zunächst zu den Gestorbenen. Unser Material beginnt hier mit dem Jahre 1916 bzw. mit dem Jahre 1917, das dürfte aber auch den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen, da mit diesen Jahren die Kriegsfolgen sich bei unserem Krankenmaterial auch erst zahlenmäßig bemerkbar machten (siehe Dr. *Werner*, Krieg und Krankenbestand).

Wir haben zuerst eine Gruppe von Fällen zu besprechen, die das folgende Kurvenbild zeigt: Das Körpergewicht, welches sich bislang ungefähr auf gleicher Höhe gehalten hatte, sinkt plötzlich in rapiden Stürzen; auf dem tiefsten Punkte angelangt, tritt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unmittelbar der Tod ein. Selten bleibt die Kurve noch kurze Zeit auf dem tiefsten Punkte, um dann ebenfalls mit dem Tode abzuschließen.

Demnach sieht das ideelle Kurvenbild wie folgt aus:



Die Gruppe umfaßt 12 Fälle, und zwar 11 Fälle der Dementia praecox-Gruppe (7 Dementia praecox-Kranke, 1 Dementia paranoides-Kranker, 2 Katatoniker, 1 Hebephrenie-Kranker) und 1 Idiotie. Die Altersstufen beim Tode sind:

31.—35. Lebensj.	2 Kr.	56.—60. Lebensj.	0 Kr.
36.—40. ,, ...	1 ,,	61.—65. ,, ...	2 ,,
41.—45. ,, ...	0 ,,	66.—70. ,, ...	2 ,,
46.—50. ,, ...	3 ,,	71.—75. ,, ...	1 ,,
51.—55. ,, ...	1 ,,		

Über Körpergewichtsverhältnisse bei Beginn der Gewichtsstürze ist zu sagen: bei 7 Fällen war dasselbe „% zu leicht" (nach *Rieger-Reichardt*!), bei 5 Fällen war dasselbe „% zu schwer".

Die Körpergrößen sind aus der nachfolgenden Zusammenstellung zu ersehen. Zeitlich setzte die Gewichtsabnahme bei 7 Kranken schon im Jahre 1916, und zwar in der 2. Hälfte des Jahres ein; bei den übrigen 5 Kranken erst in der 1. Hälfte des Jahres 1917, und zwar hier meist in den Anfangsmonaten. Die Dauer der Gewichtsabnahme ist meist eine kurze:

5 mal .... 2 Monate
3 ,, ... 3 ,,
1 ,, ... 4 ,,
1 ,, ... 5 ,, ,

nur in 2 Fällen je 9 und 11 Monate. — Die Todesursache ist 8 mal Marasmus mit allgemeiner Wassersucht (wobei es sich immer um die Form des „Kriegs-Unterernährungsmarasmus" handelte), 1 mal Marasmus (Ödeme!), Lungengangrän, 2 mal Marasmus und Bronchopneumonie, 1 mal Marasmus und Kolitis. — Das Nähere zeigt die folgende Zusammenstellung:

Fall Nr.	Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal-Gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme, b) Zeit	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todes-ursache
				1. Abnahme seit 1916.		
1	Idiotie	50 J.	160 cm (58 kg)	a) 42 kg — 34 kg −28% auf −42% b) 10. 16—12. 16 = 2 Mon.	unbestimmbar (Ödem!) 8 kg/2 M./19%	Marasmus (Ödem)
2	Katatonie	61 J.	165 cm (63 kg)	a) 59 kg — 45 kg −6% auf −30% (Ödem!) b) 11. 16—3. 17 = 4 Mon.	unbestimmbar (Ödem!) 14 kg/4 M./24%	Marasmus (Ödem)
3	Hebe-phrenie	32 J.	165 cm (63 kg)	a) 61,5 kg — 50 kg — 42 kg −2% auf −21% auf −34% b) 4. 16—6. 16—3. 17 = 2 Mon.—9 Mon.	unbestimmbar (Ödem!) 19,5 kg/11M./32%	Marasmus (Ödem)
4	Dem. praec.	55 J.	150 cm (44 kg)	a) 46 kg — 42 kg (Ödem!) +5% auf −5% b) 12. 16—2. 17 = 2 Mon.	unbestimmbar (Ödem!) 4 kg/2 M./9%	Marasmus (Ödem)

Fall Nr.	Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal-Gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme, b) Zeit	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todes-ursache
5	Dem. praec.	34 J.	162 cm (60 kg)	a) 68 kg — 42,5 kg +13% auf −29% b) 9. 16—12. 16 = 3 Mon., so gehalten — 7. 17 = 7 Mon.	unbestimmbar (Ödem!) 25,5 kg/3 M./37%	Marasmus (Ödem) Lungen-gangrän
6	Dem. para-noides	49 J.	155 cm (51 kg)	a) 49 kg — 46,5 kg (Ödem!) +16% auf −9% b) 12. 16—5. 17 = 5 Mon.	unbestimmbar (Ödem!) 12,5 kg/5 M./21%	Marasmus (Ödem)
7	Dem. praec.	73 J.	155 cm (51 kg)	a) 65 kg — 47,5 kg +27% auf −7% b) 6. 16—3. 17 = 9 Mon.	17,5 kg/9 M./27%	Marasmus Broncho-pneumonie
				2. Abnahme seit 1917.		
8	Dem. praec.	40 J.	160 cm (58 kg)	a) 48,5 kg — 44 kg −26% auf −33% b) 1. 17—3. 17 = 2 Mon., so bis 4. 17 = 1 Mon.	unbestimmbar (Ödem!) 4,5 kg/2 M./9%	Marasmus (Ödem)
9	Dem. praec.	49 J.	165 cm (63 kg)	a) 53,5 kg — 47,5 kg −16% auf −25% (Ödem!) b) 2. 17—5. 17 = 3 Mon.	unbestimmbar (Ödem!) 6 kg/3 M./11%	Marasmus (Ödem)
10	Dem. praec.	66 J.	170 cm (66 kg)	a) 58,5 kg — 51 kg −12% auf −25% b) 3. 17—5. 17 = 2 Mon.	7,5 kg/2 M./13%	Marasmus Broncho-pneumonie
11	Katatonie	64 J.	170 cm (66 kg)	a) 58 kg — 46,5 kg −12% auf −30% b) 2. 17—5. 17 = 3 Mon.	unbestimmbar (Ödem!) 11,5 kg/3 M./20%	Marasmus (Ödem)
12	Dem. praec.	66 J.	165 cm (63 kg)	a) 66,5 kg — 45,5 kg +5% auf −28% b) 3. 17—5. 17 = 2 Mon.	21 kg/2 M./32%	Marasmus

Die Deutung der Gruppe stößt auf keine Schwierigkeiten. Die Gewichtsstürze setzen ein, sobald die Ernährungsverhältnisse schlechter und schlechter werden (Steckrübenzeit!). Der Tod erfolgt an Kriegsmarasmus bei starken Ödemen. Was die Endgewichte angeht, ist zu bedenken, daß dieselben in Wirklichkeit meist noch niedriger



waren, da ja das in dem Körper vorhandene Ödemwasser mitgewogen wurde.

Eine weitere Gruppe von Gestorbenen zeigt folgendes Kurvenbild: das Gewicht sinkt zunächst allmählich, aber unaufhaltsam abwärts, um dann plötzlich, ähnlich der vorigen Gruppe, rapidere Stürze zu machen. Auf dem niedrigsten Punkte angelangt, erfolgt der Tod.

Das ideelle Kurvenbild ist also das folgende:



Bemerkenswert ist, daß die allmähliche Gewichtsabnahme bei einem Teil der Kranken bereits zu einer Zeit beginnt, in der die Ernährungsverhältnisse noch hinreichende waren, während die Gewichtsstürze einsetzen, sobald die Ernährungsverhältnisse schlecht werden.

Die Gruppe umfaßt 23 Fälle. Einer fängt mit der allmählichen Gewichtsabnahme bereits 1913 an, 12 schon im Laufe des Jahres 1914, 6 im Jahre 1915, 4 im Jahre 1916.

Der Art der Geisteskrankheit nach handelt es sich um 19 Kranke der Dementia praecox-Gruppe (15 Dementia praecox-Kranke, 4 Dementia paranoides-Kranke), 2 Epileptiker mit Seelenstörung, 1 Manisch-depressiver, 1 Demenz.

Die Altersstufen beim Tode sind:

21.—25.	Lebensj.	1	Kr.	51.—55.	Lebensj.	2	Kr.
26.—30.	,, ...	2	,,	56.—60.	,, ...	3	,,
31.—35.	,, ...	3	,,	61.—65.	,, ...	2	,,
36.—40.	,, ...	0	,,	66.—70.	,, ...	3	,,
41.—45.	,, ...	0	,,	71.—75.	,, ...	1	,,
46.—50.	,, ...	5	,,	76.—80.	,, ...	1	,,

d. h. 17 Fälle in den Stufen vom 46. Lebensjahre ab, gegenüber 6 in den Lebensaltern bis zum 45. Lebensjahre.

Was die Körpergewichtsverhältnisse angeht, ist zu sagen: bei dem seit 1913 Abnehmenden war das Anfangsgewicht „%% zu schwer", bei den seit 1914 Abnehmenden war das anfängliche Gewicht „% zu leicht" in 2 Fällen, in 1 Fall „normal", in 9 Fällen „% zu schwer", bei den seit 1915 Abnehmenden 1mal „% zu leicht", 5mal „% zu schwer", bei den seit 1916 Abnehmenden „% zu leicht" jedesmal. — Die Körpergrößen und „Normalgewichte" (nach *Rieger-Reichardt*) sind aus der Zusammenstellung der Fälle ersichtlich.

Die Gewichtsstürze beginnen bei 11 Fällen im Jahre 1916, und zwar 1mal 5.16, 1mal 7.16, 1mal 9.16, 1mal 11.16, 6mal 12.16; bei 12 Kranken beginnen dieselben im Jahre 1917, und zwar 4mal 1. 17, 5mal 2.17, 4mal 317.



Die Dauer des ganzen Prozesses ist: bei den seit 1913 Abnehmenden 40 Monate, bei den seit 1914 Abnehmenden schwankt sie zwischen 25—40 Monaten, bei den seit 1915 Abnehmenden zwischen 24—30 Monaten, bei den seit 1916 Abnehmenden zwischen 13—16 Monaten. — Der Tod tritt bei 2 Fällen im März 1917 ein, bei 9 Fällen im April 1917, bei 7 Fällen im Mai 1917, bei 3 Fällen im Juni 1917, bei 2 Fällen im Juli 1917, d. h. meist in den Anfangsmonaten des Jahres 1917. Die Todesursache ist 15 mal „Kriegs"-Marasmus, meist bei stärkeren Ödemen, 4 mal „Kriegs"-Marasmus (Ödem!), Kolitis, 1 mal „Kriegs"-Marasmus und Pneumonia lobaris, 1 mal „Kriegs"-Marasmus, Pleuritis exsudativa und 1 mal „Kriegs"-Marasmus, Kolitis, Tuberkulose der Lungen, 1 mal „Kriegs"-Marasmus, Miliartuberkulose.

Das Nähere zeigt folgende Zusammenstellung:

…istes-…kheit	† Alter	Körpergröße Normal-Gewicht	Gewichtsabnahme allmähliche a) Abnahme, b) Zeit	rapidere	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todesursache
			1. Abnahme seit 1913.			
…enz	62 J.	155 cm (51 kg)	a) 70 kg — 46 kg +37% auf −10% b) 12.13—12.16 = 36 Mon.	a) 46 kg — 41 kg −10% auf −20% b) 12.16—4. 17 = 4 Mon.	29 kg/40 M./41%	Marasmus
			2. Abnahme seit 1914.			
…praec.	33 J.	167 cm (64 kg)	a) 55 kg — 44,5 kg −15% auf −30% b) 5.14—1.17 = 32 Mon.	a) 44,5 kg — 36,5 kg −30% auf −42% b) 1.17—6.17 = 5 Mon.	18,5 kg/37 M./34%	Marasmus, Pleuritis exsudativa
…praec.	54 J.	170 cm (66 kg)	a) 61 kg — 48,5 kg −8% auf −27% b) 8.14—11.16 = 27 Mon.	a) 48,5 kg — 41 kg −27% auf −38% b) 11.16—4.17 = 5 Mon.	20 kg/32 M./33%	Marasmus (Ödem!), Colitis
…praec.	46 J.	165 cm (63 kg)	a) 63 kg — 53 kg „normal" auf −16% b) 4.14—9.16 = 29 Mon.	a) 53 kg — 41,5 kg −16% auf −35% b) 9.16—3.17 = 6 Mon.	21,5 kg/35 M./35%	Marasmus, Colitis
…-depr. …sein	48 J.	170 cm (66 kg)	a) 70 kg — 54 kg +6% auf −18% b) 1.14—2.17 = 37 Mon.	a) 54 kg — 47,5 kg −18% auf −29% b) 2.17—5.17 = 3 Mon.	22,5 kg/40 M./32%	Marasmus
…praec.	70 J.	165 cm (63 kg)	a) 70 kg — 57,5 kg +11% auf −9% b) 1.14—7.16 = 30 Mon.	a) 57,5 kg — 51 kg −9% auf −20% b) 7.16—3.17 = 8 Mon.	19 kg/38 M./27%	Marasmus, Lobär-Pneumonie



Fall Nr.	Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal-Gewicht	Gewichtsabnahme allmähliche a) Abnahme, b) Zeit	Gewichtsabnahme rapidere a) Abnahme, b) Zeit	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	T… u…
19	Dem. paranoides	61 J.	170 cm (66 kg)	a) 77 kg — 48 kg +16% auf —27% b) 11. 14—2. 17 = 29 Mon.	a) 48 kg — 42,5 kg —27% auf —36% b) 2. 17—4. 17 = 2 Mon.	34,5 kg/31 M./45%	Mar
20	Dem. praec.	52 J.	170 cm (66 kg)	a) 77 kg — 56 kg +16% auf —16% b) 7. 14—12. 16 = 28 Mon.	a) 56 kg — 43,5 kg —16% auf —34% b) 12. 16—5. 17 = 5 Mon.	33,5 kg/33 M./43%	Mar (Ö
21	Dem. praec.	56 J.	165 cm (63 kg)	a) 74 kg — 64,5 kg +17% auf +2% b) 8. 14—2. 17 = 30 Mon.	a) 64,5 kg — 51,5 kg +2% auf —19% b) 2. 17—4. 17 = 2 Mon.	22,5 kg/32 M./30%	Mar
22	Dem. praec.	27 J.	170 cm (66 kg)	a) 80 kg — 60 kg +21% auf —9% b) 1. 14—12. 16 = 25 Mon.	a) 60 kg — 52 kg —9% auf —22% b) 12. 16—5. 17 = 5 Mon.	28 kg/30 M./35%	Mar (st.
23	Dem. paranoides	57 J.	165 cm (63 kg)	a) 78 kg — 70 kg +23% auf +11% b) 5. 14—5. 16 = 24 Mon.	a) 70 kg — 50,5 kg +11% auf —20% b) 5. 16—5. 17 = 12 Mon.	27,5 kg/36 M./35%	Mar Coli
24	Dem. paranoides	67 J.	172 cm (66 kg)	a) 95,5 kg — 82 kg +44% auf +24% b) 11. 14—7. 16 = 20 Mon.	a) 82 kg — 60,5 kg +24% auf —9% b) 7. 16—7. 17 = 12 Mon.	35 kg/32 M./36,7%	Mar (
25	Dem. praec.	58 J.	150 cm (44 kg)	a) 69 kg — 55 kg +56% auf +25% b) 2. 14—2. 17 = 36 Mon.	a) 55 kg — 43 kg +25% auf —3% b) 2. 17—6. 17 = 4 Mon.	26 kg/40 M./37%	Mar (st.
	3. Abnahme seit 1915.						
26	Dem. praec.	50 J.	170 cm (66 kg)	a) 62,5 kg — 50 kg —5% auf —24% b) 1. 15—3. 17 = 26 Mon.	a) 50 kg — 38,5 kg —24% auf —42% b) 3. 17—7. 17 = 4 Mon.	24 kg/30 M./38%	M (
27	Dem. praec.	31 J.	170 cm (66 kg)	a) 69 kg — 56,5 kg +4% auf —15% b) 1. 15—1. 17 = 24 Mon.	a) 56,5 kg — 50 kg —15% auf —25% b) 1. 17—6. 17 = 5 Mon.	19 kg/29 M./27%	Ma (Mil
28	Dem. praec.	66 J.	175 cm (69 kg)	a) 75 kg — 59,5 kg +9% auf —14% b) 1. 15—12. 16 = 23 Mon.	a) 59,5 kg — 54,5 kg —14% auf 20%— (Ödem!) b) 12. 16—4. 17 = 4 Mon.	20,5 kg/27 M./27%	Ma (

…istes-…ikheit	+ Alter	Körpergröße Normal-Gewicht	Gewichtsabnahme allmähliche a) Abnahme, b) Zeit	rapidere	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todesursache
…epil.	24 J.	170 cm (66 kg)	a) 80 kg — 60,5 kg +21% auf −8% b) 4. 15—12. 16 = 20 Mon.	a) 60,5 kg — 43 kg −8% auf −35% b) 12. 16—5. 17 = 5 Mon.	37 kg/25 M./46%	Marasmus (Ödem)
… paranoides	78 J.	150 cm (44 kg)	a) 56,5 kg — 44 kg +28% auf „normal" b) 2. 15—12. 16 = 22 Mon.	a) 44 kg — 35 kg „normal" auf −21% b) 12. 16—4. 17 = 4 Mon.	21,5 kg/26 M./38%	Marasmus, Colitis
…praec.	46 J.	155 cm (51 kg)	a) 68 kg — 47,5 kg +35% auf −7% b) 3. 15—1. 17 = 22 Mon.	a) 47,5 kg — 42 kg −7% auf −15% (Ödem) b) 1. 17—4. 17 = 3 Mon.	26 kg/25 M./38%	Marasmus (Ödem)
			4. Abnahme seit 1916.			
…praec.	50 J.	165 cm (63 kg)	a) 45 kg — 40,5 kg −29% auf −36% b) 4. 16—3. 17 = 11 Mon.	a) 40,5 kg — 34 kg −36% auf −47% b) 3. 17—5. 17 = 2 Mon.	11 kg/13 M./24%	Marasmus
…psie	28 J.	170 cm (66 kg)	a) 57 kg — 50 kg −14% auf −24% b) 1. 16—1. 17 = 12 Mon.	a) 50 kg — 44,5 kg −24% auf −33% b) 1. 17—4. 17 = 3 Mon.	12,5 kg/15 M./22%	Marasmus, Colitis, Tb. pulm.
…praec.	72 J.	155 cm (51 kg)	a) 45 kg — 41,5 kg −12% auf −19% b) 3. 16—3. 17 = 12 Mon.	a) 41,5 kg — 35 kg −19% auf −32% b) 3. 17—4. 17 = 1 Mon.	10 kg/13 M./22%	Marasmus
…praec.	33 J.	175 cm (69 kg)	a) 63 kg — 53,5 kg −9% auf −22% b) 1. 16—3. 17 = 14 Mon.	a) 53,5 kg — 45,5 kg −22% auf −35% (Ödem!) b) 3. 17—5. 17 = 2 Mon.	17,5 kg/16 M./28%	Marasmus (Ödem)

Wir haben es bei dieser Gruppe ebenfalls in der Hauptsache mit …Kriegs"-Marantischen zu tun; jedoch ist bemerkenswert, daß …ie Tuberkulose sich in die Gruppe eingeschlichen hat. Zu beachten …t ferner, daß die allmähliche Gewichtsabnahme bei einem Teil …er Kranken bereits zu einer Zeit beginnt, in der noch keine schlechten …nährungsbedingungen vorlagen. — Bei dieser Gruppe wird jeden…alls die Reaktion mit Gewichtsstürzen in der bösen Ernährungs…periode durch die voraufgehende allmähliche Abnahme begreiflich

gemacht; man kann sich vorstellen, daß die Kranken durch dieselbe sozusagen reif für dieselbe gemacht worden sind. — Auch bei diesen Kranken sind die Endgewichtswerte (im Sinne *Rieger-Reichardts*!) keine besonders niedrigen, doch ist auch hier zu bedenken, daß beim Tode noch vielfach sinnfällige Ödeme vorlagen.

Eine dritte Gruppe 1917 Gestorbener zeigt im Kurvenbilde folgendes: In den Monaten Januar bis Juli 1915 beginnend, verläuft die Kurve, als Ganzes betrachtet, unaufhaltsam, ohne beträchtliche Stürze zu machen, bis zum Tode abwärts.

Es ergibt sich folgende ideelle Kurve:



Die Zahl der Fälle ist 14. Es sind nach der Art der geistigen Erkrankung 9 Dementia praecox-Fälle (5 Dementia praecox, 3 Dementia paranoides, 1 Hebephrenie!), 3 Epileptiker, 1 Manisch-depressiver, 1 senile Paranoia vertreten. In den einzelnen Altersstufen finden wir:

vom 21.—25.	Lebensj.	1	Kr.	51.—55.	Lebensj.	0	Kr.
,, 26.—30.	,, ...	3	,,	56.—60.	,, ...	1	,,
,, 31.—35.	,, ...	0	,,	61.—65.	,, ...	1	,,
,, 36.—40.	,, ...	2	,,	66.—70.	,, ...	1	,,
,, 41.—45.	,, ...	2	,,	71.—75.	,, ...	1	,,
,, 46.—50.	,, ...	2	,,				

d. h. bis zum 45. Lebensjahre einschließlich 8 Kranke, vom 46. Lebensjahre ab 6 Kranke. — Die Gewichtswerte nach *Rieger-Reichardt* bei Beginn der Gewichtsabnahme sind: bei 5 Kranken „% zu leicht" (1mal 20%, 2mal 13%, 1mal 9%, 1mal 3%), bei 9 Kranken „% zu schwer" (1mal 9%, 1mal 12%, 1mal 19%, 1mal 20%, 1mal 28%, 1mal 31%, 1mal 34%, 1mal 40%, 1mal 46%). — Körpergröße und „Normalgewicht" zeigt die Zusammenstellung! — Die Dauer des ganzen Prozesses schwankt zwischen 23—32 Monaten. — Der Tod erfolgt je zur Hälfte im 1. und 2. Halbjahr 1917. Die Todesursachen sind: bei 6 Kranken neben „Kriegs"-Marasmus (meist mit Ödemen!) ein schwerer tuberkulöser Prozeß, bei 2 Kranken Marasmus und Kolitis, bei 1 Kranken Marasmus und Pleuritis exsudativa, bei 1 Kranken Lungentuberkulose und Pleuritis exsudativa tbc., bei 1 Kranken Pleuritis exsudativa tbc., bei 2 Kranken Lungen- und Darmtuberkulose, bei 1 Kranken Status epilepticus. Demnach liegen bei 9 Kranken „kriegsmarantische" Prozesse vor (6mal mit Tuberkulose vergesellschaftet, 2mal mit Kolitis, 1mal mit Pleuritis exsudativa!); bei 4 Kranken liegen tuberkulöse Prozesse allein vor; 1 Kranker stirbt „interkurrent".

Das Nähere zeigt die folgende Zusammenstellung:



Fall Nr.	Geistes-krankheit	Alter †	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme, b) Zeit	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todes-ursache
36	Dem. praec.	50 J.	158 cm (55 kg)	a) 43,5 kg — 30 kg −20% auf −46% b) 4. 15—3. 17 = 23 Mon.	13,5 kg/23 M./31%	Marasmus, Tb. pulm. et intestin.
37	Dem. paranoides	46 J.	178 cm (72 kg)	a) 62,5 kg — 40 kg −13% auf −45% b) 2. 15—9. 17 = 31 Mon.	22,5 kg/31 M./36%	Allg. Tb., Marasmus
38	Epilepsie	43 J.	160 cm (58 kg)	a) 51 kg — 41 kg −13% auf −29% b) 4. 15—7. 17 = 27 Mon.	10 kg/27 M./20%	Tb. pulm. et intestin. Marasmus
39	Dem. praec.	43 J.	155 cm (51 kg)	a) 46,5 kg — 37,5 kg −9% auf −27% b) 4. 15—3. 17 = 23 Mon.	9 kg/23 M./19%	Marasmus, Colitis
40	Epilepsie	21 J.	162 cm (60 kg)	a) 58 kg — 44 kg −3% auf −27% b) 1. 15—2. 17 = 25 Mon.	14 kg/25 M./24%	Marasmus, Tb. pulm. et intestin.
41	Dem. praec.	30 J.	165 cm (63 kg)	a) 68,5 kg — 48 kg +9% auf −24% b) 2. 15—7. 17 = 29 Mon.	20,5 kg/29 M./30%	Tb. pulm. et intestin.
42	Dem. paranoides	57 J.	170 cm (66 kg)	a) 74 kg — 53 kg +12% auf −20% b) 1. 15—4. 17 = 24 Mon.	21 kg/27 M./28%	Marasmus, Colitis
43	Man.-depress.	74 J.	165 cm (63 kg)	a) 75 kg — 48,5 kg +19% auf −24% b) 1. 15—8. 17 = 31 Mon.	26,5 kg/31 M./35%	Marasmus, Pleuritis exsudativa
44	Senile Paranoia	69 J.	158 cm (55 kg)	a) 70,5 kg — 52 kg +28% auf −6% b) 7. 15—11. 17 = 28 Mon.	18,5 kg/28 M./26%	Pleuritis tbc.
45	Dem. paranoides	63 J.	170 cm (66 kg)	a) 79,5 kg — 50 kg +20% auf −24% (Ödem!) b) 1. 15—617 = 29 Mon.	29,5 kg/29 M./37%	Marasmus (Ödem), Pleuritis tbc.
46	Dem. praec.	38 J.	167 cm (64 kg)	a) 84 kg — 47,5 kg +31% auf −26% b) 2. 15—10. 17 = 32 Mon.	36,5 kg/32 M./43%	Tb. pulm., Pleuritis exsudativa

Fall Nr.	Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme, b) Zeit	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todes-ursache
47	Hebe-phrenie	29 J.	173 cm (67 kg)	a) 90 kg — 45,5 kg +34% auf —33% (Ödem!) b) 2. 15—6. 17 = 29 Mon.	44,5 kg/29 M./49%	Tb. pulm. et intestin., Marasmus, allg. Ödeme
48	Epilepsie	39 J.	150 cm (44 kg)	a) 62 kg — 38,5 kg +40% auf —13% b) 4. 15—7. 17 = 27 Mon.	23,5 kg/27 M./38%	Status epil.
49	Dem. praec.	30 J.	165 cm (63 kg)	a) 92,5 kg — 44,5 kg +46% auf —30% b) 3. 15—9. 17 = 30 Mon.	48 kg/30 M./52% !!	Tb. pulm. et intestin.

Bei dieser Gruppe handelt es sich um „Kriegs"-Marasmus oder um Tuberkulose bzw. um Kombination von Marasmus und Tuberkulose. Beachtenswert ist, daß die Gewichtsabnahme bereits zu einer Zeit anfängt, in der bei uns noch keine Ernährungsschwierigkeiten bestanden und daß, im Gegensatz zu den bisher besprochenen Kranken, in der dann einsetzenden bösen Ernährungsperiode (Steckrübenwinter!) die bisherige Art der allmählichen Gewichtsabnahme beibehalten wird. Die Endgewichtswerte im Sinne *Rieger-Reichardts* sind bei einigen Kranken, ohne daß Ödeme oder Exsudate vorhanden sind, keine besonders niedrigen.

Es mögen noch einige Fälle folgen, die ebenfalls das vorige Kurvenbild zeigen. — Die Kranken sind an Tuberkulose gestorben, ohne daß marantische Erscheinungen auftraten.

Da die Gewichtsabnahme bereits 1914 begann, ist der Verlauf ein längerer. Die Einzelheiten gehen aus der folgenden Zusammenstellung hervor:

Fall Nr.	Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme, b) Zeit	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todes-ursache
50	Dem. praec.	66 J.	165 cm (63 kg)	a) 63 kg — 42 kg „normal" auf —33% b) 10. 14—11. 17 = 37 Mon.	21 kg/37 M./33%	Pleuritis exsudat. tbc.
51	Idiotie	47 J.	170 cm (66 kg)	a) 71 kg — 42 kg +7% auf —35% b) 9. 14—11. 17 = 3 Mon	29 kg/38 M./41%	Pleuritis tbc., Colitis
52	Dem. praec.	28 J.	160 cm (58 kg)	a) 70 kg — 46,5 kg +20% auf —24% b) 6. 14—11. 17 = 41 Mon.	23,5 kg/41 M./34%	Tb. pulm.



Auch bei diesen drei Fällen schon Einsetzen der Gewichtsabnahme zu einer Zeit, als noch keine schlechten Ernährungsverhältnisse herrschten. Sehr zu beachten ist, daß die drei Kranken, trotzdem sie bei immer mehr abnehmendem Gewicht schließlich in die Zeit schlechtester Ernährungsverhältnisse geraten, keine „kriegs“-marantischen Erscheinungen boten und auch im Kurvenbilde ruhig ihre allmähliche Bahn abwärts ziehen.

Es folgen noch drei Fälle 1917 Gestorbener, deren Kurvenbild sich dadurch auszeichnet, daß dasselbe keinerlei Tendenz zeigt dauernd nach unten zu sinken, und dies, trotzdem in Verlauf der Kurve gar nicht unerhebliche Gewichtsschwankungen auftreten: die Kurve windet sich mit teils niedrigerem, teils höherem Gewicht sozusagen immer um dieselbe Linie, so daß als Ganzes betrachtet, die Kurve, auch in der bösen Ernährungsperiode, immer auf gleicher Höhe bleibt.

Wir haben uns demnach das ideelle Kurvenbild, wie folgt, vorzustellen:



Im einzelnen bieten die Fälle folgendes:

Fall Nr.	Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichte schwanken zwischen	Todes-gewicht	Todes-monat	Todes-ursache
53	Epilepsie	20 J.	165 cm (63 kg)	46,5 kg und 55 kg −27% −19%	46,5 kg −27%	5. 17	Anfall
54	Dem. paranoides	43 J.	170 cm (66 kg)	57 kg und 66 kg −14% „normal“	57 kg −14%	11. 17	Cystitis tbc.
55	Dem. praec.	41 J.	150 cm (44 kg)	44 kg und 50 kg „normal“ +14%	44 kg „normal“	3. 17	Tb. pulm. miliaris

Beachtenswert ist, daß die Fälle 53 und 54, die nach *Rieger-Reichardt* doch in keineswegs guten Gewichtsverhältnissen sich befanden, bislang nicht auf die schlechten Ernährungsverhältnisse reagierten.

Wenden wir uns zu den 1918 Gestorbenen. Auch hier begegnen wir wieder einer Gruppe, die ein ähnliches Bild wie die erste Gruppe 1917 Gestorbener zeigt: rapidere Stürze von einer bislang ungefähr horizontal verlaufenden Linie.

Es handelt sich um nur 3 Fälle (2 Dementia praecox-Kranke, 1 Imbezillität) mit einem Todesalter von 38, 67, 73 Jahren. Zwei Kranke hatten nach *Rieger-Reichardt* bei Beginn der Abnahme, was die Gewichts-

werte angeht, „%% zu leicht“, einer „normales Gewicht“. Die Gewichtsstürze setzen wiederum in der schlechten Ernährungszeit ein (1. Hälfte 1917!). — Die Dauer des ganzen Prozesses von der Gewichtsabnahme bis zum Tode ist 11, 16, 17 Monate, wobei die betreffenden Kranken in 2, 5, 2 Monaten auf dem tiefsten Gewichtspunkte angelangt sind. Die Todesursachen sind: 1 mal ein tuberkulöser Prozeß, 1 mal Marasmus mit Bronchopneumonie, 1 mal Pyelonephritis.

Es folgt die Zusammenstellung:

Fall Nr.	Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme, b) Zeit	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todes-ursache
56	Imbezillität	67 J.	167 cm (64 kg)	a) 55 kg — 40,5 kg −14% auf −37% b) 4. 17—6. 17 = 2 Mon., steigt bis 3. 18 † = 9 Mon. auf 51 kg = −21% (Ödem!)	14,5 kg/2 M./26%	Pyelonephritis (Ödem)
57	Dem. praec.	38 J.	170 cm (66 kg)	a) 55 kg — 41 kg −17% auf −38% b) 3. 17—8. 17 = 5 Mon., steigt von 9. 17—6. 18 = 9 Mon. auf 49 kg = −26%; fällt wieder bis 7. 18 † = 1 Mon. auf 41 kg = −38%	14 kg/5 M./25%	Hämoptoe, Tb. pulm. et intestin.
58	Dem. praec.	73 J.	168 cm (64 kg)	a) 64 kg — 46 kg „normal“ auf −28% b) 1. 17—3. 17 = 2 Mon., steigt bis 9. 17 = 6 Mon. auf 52 kg = −19%; fällt bis 6. 18 = 9 Mon. auf 46 kg = −28%	18 kg/2 M./28%	Marasmus, Broncho-pneumonie

Die drei Fälle fordern natürlich zum Vergleich mit der ähnlichen Gruppe 1917 Gestorbener auf. Dieselben sind auch nach der Art ihrer Reaktion auf die Kriegsernährungsverhältnisse — eben mit Gewichtsstürzen! — den Fällen Nr. 1—12 gleichzusetzen; im Gegensatz zu den erwähnten Fällen haben die Gewichtsstürze diese Kranken aber in der schlechtesten Ernährungsperiode noch nicht direkt zur Strecke gebracht, sie machen anscheinend, als die Ernährungsverhältnisse besser werden, den Versuch zur Erholung.

Auch von der zweiten Gruppe 1917 Gestorbener: erst allmählicher, dann rapiderer Abfall, finden sich bei den 1918 Gestorbenen 2 Fälle.



Sie zeigen folgendes:

Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichtsabnahme allmähliche a) Abnahme, b) Zeit	rapidere	Absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todes-ursache
atatonie	54 J.	165 cm (63 kg)	a) 59 kg — 49 kg −6% auf −22% b) 4. 15—11. 16 = 19 Mon.	a) 49 kg — 38,5 kg −22% auf −39% b) 11. 16—9. 17 = 10 Mon. So bis 2. 18 = 5 Mon.	20,5 kg/29M./42%	Tb. pulm. miliaris
em. praec.	42 J.	165 cm (63 kg)	a) 61,5 kg — 55 kg −2% auf −13% b) 2. 16—1. 18 = 23 Mon.	a) 55 kg — 42 kg −13% auf −33% b) 1. 18—6. 18 = 5 Mon.	19,5 kg/28M./32%	Tb. universalis

Fall 59 beginnt mit der rapideren Abnahme in der bösen Ernährungsperiode, hat aber mit der Gewichtsabnahme überhaupt schon zu einer Zeit begonnen, als noch gute Ernährungsverhältnisse herrschten.

Bei Fall 60 haben die Gewichtsstürze nichts mit der Ernährung zu tun, da dieselben in eine Zeit fallen, in der andere Kranke, wie wir noch sehen werden, bereits wieder zunehmen, da die Ernährungsverhältnisse sich bedeutend gebessert hatten. Bemerkenswert ist, daß dieser Kranker in der schlechten Ernährungszeit keine Gewichtsstürze machte.

Es folgt jetzt eine Gruppe von 23 Fällen mit dem Bilde der allmählichen, fortschreitenden Abnahme des Gewichts, ohne erheblichere Gewichtsstürze!

Ein Kranker fängt mit der Gewichtsabnahme bereits 1913 an, sechs 1914, zehn 1915, sechs 1916. Nach der Art der geistigen Erkrankung handelt es sich um 19 Dementia praecox-Fälle (9 Dementia paranoides-Fälle, 6 Dementia praecox-Fälle, 4 Katatonien), zwei Epileptiker mit Seelenstörung, zwei Idioten. — In den einzelnen Altersstufen (Todesalter) waren vertreten:

vom 31.—35. Lebensj.	4 Kr.	56.—60. Lebensj.	3 Kr.
„ 36.—40. „	5 „	61.—65. „	1 „
„ 41.—45. „	3 „	66.—70. „	0 „
„ 46.—50. „	3 „	71.—75. „	1 „
„ 51.—55. „	3 „		

Also bis zum 45. Lebensjahre einschließlich 12 Kranke, vom 46. Lebensjahre ab 11 Kranke. — Bei Beginn der Gewichtsabnahme hatten nach *Rieger-Reichardt* „%% zu leicht“: 6 Kranke, „%% zu schwer“: 15 Kranke, „normales Gewicht“: 2 Kranke. — Die Dauer der Gewichtsabnahme ist bei dem seit 1913 Abnehmenden 67 Monate, bei den seit 1914 Abnehmenden zwischen 35—50 Monaten, bei den seit 1915 Abnehmenden zwischen 24—41 Monaten, bei den seit 1916 Abnehmenden zwischen 11—25 Monaten. — Was die Todesursache angeht, so lag bei 18 Kranken Tuberkulose vor und zwar 16mal solche allein, 2mal mit Marasmus ver-



gesellschaftet; Marasmus allein lag 2mal vor, 1mal mit Pleuritis exsudativa; 2mal war die Todesursache kein tuberkulöser oder marantischer Prozeß.
Die Einzelheiten zeigt die folgende Zusammenstellung:

Fall Nr.	Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichtsabnahme a Abnahme b) Zeit	absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todes-ursache
				1. Abnahme seit 1913.		
61	Dem. paranoides	50 J.	165 cm (63 kg)	a) 77 kg — 42 kg = +25% auf −33% b) 1. 13—8. 18 = 67 Mon.	35 kg/67 M./44%	Tb. pulm.
				2. Abnahme seit 1914.		
62	Dem. paranoides	59 J.	168 cm (64 kg)	a) 58 kg — 37 kg = −8% auf −42% b) 5. 14—4. 18 = 47 Mon.	21 kg/47 M./36%	Marasmus
63	Katatonie	51 J.	170 cm (66 kg)	a) 64,5 kg — 49 kg = −3% auf −26% b) 1. 14—3. 18 = 50 Mon.	15,5 kg/50 M./24%	Pleuritis exsudat. tb.
64	Dem. praec.	34 J.	175 cm (69 kg)	a) 67,5 kg — 39 kg = −2% auf −44% (!!) b) 6. 14—10. 17 = 40 Mon., steigt bis 6. 18 † wieder auf 48 kg = −31%	28,5 kg/40 M./42%	Tb. pulm.
65	Katatonie	42 J.	167 cm (64 kg)	a) 74 kg — 47,5 kg = +16% auf −26% b) 1. 14—7. 17 = 42 Mon., steigt bis 6. 18 † = 11 Mon. wieder bis 51 kg = −20% (Exsudat!)	26,5 kg/42 M./36%	Pleuritis tbc. exsudativa
66	Dem. praec.	35 J.	175 cm (69 kg)	a) 83 kg — 52 kg = +20% auf −25% b) 5. 14—9. 17 = 40 Mon., steigt wieder bis 5. 18 † = 8 Mon. auf 58 kg = −18%	31 kg/40 M./37%	Tb. universalis
67	Dem. praec.	64 J.	160 cm (58 kg)	a) 74 kg — 42 kg = +28% auf −28% b) 7. 14—6. 17 = 35 Mon.; bleibt so bis † 1. 18 = 7 Mon.	32 kg/35 M./43%	Darmverschluß

Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter †	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit	absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todesursache
				3. Abnahme seit 1915.		
68	Dem. praec.	43 J.	165 cm (63 kg)	a) 57 kg — 32,5 kg = −10% auf −49% (!) b) 3. 15—10. 17 = 31 Mon., steigt bis 6. 18 † = 8 Mon. auf 45 kg = −29%	24,5 kg/31 M./43%	Tb. pulm. et intestin.
69	Katatonie	40 J.	168 cm (64 kg)	a) 58,5 kg — 39 kg = −9% auf −41% b) 1. 15—6. 18 = 41 Mon., bleibt so bis 9. 18 = 3 Mon.	19,5 kg/41 M./33%	Tb. pulm. et intestin.
70	Dem. paranoides	47 J.	160 cm (58 kg)	a) 64,5 kg — 40 kg = +11% auf −31% b) 10. 15—8. 18 = 34 Mon.	24,5 kg/34 M./38%	Marasmus, Tb. pulm.
71	Dem. paranoides	50 J.	160 cm (58 kg)	a) 64,5 kg — 43 kg = +11% auf −27% b) 5. 15—11. 17 = 30 Mon., steigt wieder auf 51,5 kg = −11% bis 3. 18 = 4 Mon., fällt wieder bis 47 kg = −19%, bis 6. 18 † = 3 Mon.	21,5 kg/30 M./33%	Tb. pulm.
72	Dem. paranoides	40 J.	168 cm (64 kg)	a) 72 kg — 45 kg = +13% auf −30% b) 6. 15—10. 17 = 28 Mon., steigt wieder bis 47 kg = −27% bis 5. 18 = 7 Mon.	27 kg/28 M./37%	Tb. pulm. et intestin.
73	Dem. paranoides	52 J.	165 cm (63 kg)	a) 74 kg — 48 kg = +19% auf −24% b) 4. 15—2. 18 = 34 Mon., so bis 7. 18 = 5 Mon.	26 kg/34 M./35%	Tb. pulm. et intestin.
74	Epilepsie	37 J.	162 cm (60 kg)	a) 73 kg — 49 kg = +22% auf −18% b) 3. 15—3. 17 = 24 Mon., steigt bis † 6. 18 = 15 Mon. wieder auf 53 kg = −12%	24 kg/24 M./33%	Tb. universalis

Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter †	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit	absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todesursache
75	Epilepsie	71 J.	150 cm (44 kg)	a) 55,5 kg — 41,5 kg = +25% auf —6% b) 4. 15—1. 18 = 33 Mon., so gehalten bis 9. 18 †	14 kg/33 M./25%	Marasmus
76	Dem. praec.	56 J.	165 cm (63 kg)	a) 82 kg — 48 kg = +30% auf —24% b) 4. 15—10. 17 = 30 Mon., so gehalten bis 9. 18 = 11 Mon.	34 kg/30 M./41%	Tb. pulm., Pleuritis tbc., Marasmus
77	Dem. paranoides	40 J.	180 cm (75 kg)	a) 102 kg (!!) — 59 kg (!!) = +36% auf —21% b) 1. 15—4. 17 = 27 Mon., so bis 8. 17 = 4 Mon., steigt bis 3. 18 = 7 Mon. auf 67,5 kg = —10%, sinkt bis † 5. 18 = 2 Mon. auf 62,5 kg = —18%	43 kg/27 M./44%	Tb. pulm. et intestin.

4. Abnahme seit 1916.

Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter †	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit	absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todesursache
78	Idiotie	32 J.	160 cm (58 kg)	a) 50,5 kg — 38 kg = —13% auf —35% b) 10. 16—10. 17 = 12 Mon., bleibt so bis 6. 18 † = 8 Mon.	12,5 kg/12 M./25%	Tb. peritonei, pulm. et intestin.
79	Katatonie	31 J.	175 cm (69 kg)	a) 69 kg — 52,5 kg = „normal" auf —24% b) 2. 16—3. 18 = 25 Mon.	16,5 kg/25 M./24%	Tb. pulm. intestin.
80	Dem. praec.	55 J.	165 cm (63 kg)	a) 63 kg — 40 kg = „normal" auf —37% b) 6. 16—2. 18 = 20 Mon.	23 kg/20 M./36%	Tb. pulm.
81	Dem. paranoides	60 J.	170 cm (66 kg)	a) 70 kg — 49 kg = +6% auf —26% b) 11. 16—10. 17 = 11 Mon., steigt bis 3. 18 = 5 Mon. auf 56,5 kg = —14%	21 kg/11 M./30%	Marasmus, Pleuritis exsudativa
82	Dem. paranoides	37 J.	152 cm (46 kg)	a) 54 kg — 36 kg = +17% auf —22% b) 12. 16—11. 18 = 23 Mon.	18 kg/23 M./33%	Tb. pulm. intestin.

Nr. Fall	Geisteskrankheit	Alter †	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit	absolute Abnahme kg / Zeit / %	Todesursache
3	Idiotie	44 J.	155 cm (51 kg)	a) 60 kg — 41,5 kg = +18% auf —19% b) 1. 16—10. 17 = 21 Mon., bleibt so bis † 4. 18 = 6 Mon.	18,5 kg/21 M./31%	Myodegeneratio cordis

Bei weitem die Mehrzahl der Fälle erliegt der Tuberkulose. Die Gewichtsabnahme dauert verhältnismäßig lange und beginnt meist schon in einer Zeit, in der noch durchaus ausreichende Ernährungsverhältnisse herrschten.

Was die beim Tode erreichten Endgewichtswerte im Sinne *Rieger-Reichardts* angeht, so müssen wir feststellen, daß dieselben in großen Grenzen schwanken (zwischen —18% und —49%!), wie auch die absoluten Abnahmewerte bzw. die prozentualen vom anfänglichen Gewichte sehr verschieden sind. Es muß demnach hervorgehoben werden, daß sich in dieser Beziehung nichts Gesetzmäßiges ergibt, im Gegenteil, daß gerade die Verschiedenheit der bei der Gewichtsabnahme erreichten Werte (im obigen Sinne!) das Hervorstechende und Charakteristische ist.

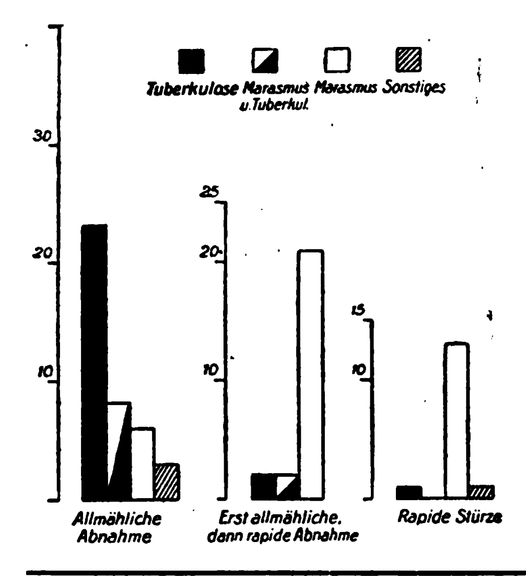
Nur das steht wohl fest, daß die beim Tode erreichten absoluten Gewichte (kg!) mit ihren niedrigen Werten durchaus den zehrenden Charakter der Tuberkulose versinnbildlichen.

Zusammenfassung der Ergebnisse: Von 83 in den Jahren 1917 und 1918 Gestorbenen wiesen 80 zum Teil erhebliche Gewichtsabnahmen seit mehr oder weniger langer Zeit auf. Diese Gewichtsabnahmen ließen nach der Art ihres Verlaufs gewisse Typen erkennen, und zwar: rapide Stürze von einer bislang ungefähr horizontal verlaufenden Gewichtslinie herab, ferner allmählichen Abstieg der Gewichtskurve und drittens Kombinationen der genannten Typen. — Hinsichtlich der Todesarten ergaben sich drei Hauptgruppen: „Kriegs“-Marasmus, Tuberkulose und „Kriegs“-Marasmus und Tuberkulose.

Die folgende Zusammenstellung zeigt die Beziehungen von Kurvenbildern und Haupttodesarten nach ihrem zahlenmäßigen Verhalten:



Todesursache	Rapjde Stürze	Allmähliches Sinken	Erst allmähliches Sinken, dann rapide Stürze	Sa.
Marasmus	13 Fälle	6 Fälle	21 Fälle	40 Fälle
Tuberkulose	1 Fall	23 Fälle	2 Fälle	26 Fälle
Tuberkulose u. Marasmus	0 Fälle	8 Fälle	2 Fälle	10 Fälle
Sonstige Todesursache .	1 Fall	3 Fälle	0 Fälle	4 Fälle
	15 Fälle	40 Fälle	25 Fälle	80 Fälle



Nebenan sind diese Verhältnisse graphisch dargestellt. Demnach bevorzugte der **Marasmus** die Kurvenbilder mit **Gewichtsstürzen**, die **Tuberkulose** dagegen die Kurvenbilder mit **allmählicher Gewichtsabnahme**.

Über die Todesalter ist zu sagen: Die **früheren Altersstufen** — bis zum 45. Lebensjahre einschließlich — sind bei den Gestorbenen mit 32 Fällen vertreten, die **späteren Altersstufen** — vom 46. Lebensjahre ab — mit 48 Fällen. Dabei ergibt sich im einzelnen folgendes:

	Frühere Altersstufen	Spätere Altersstufen
Marasmus	8 Fälle	32 Fälle
Tuberkulose	17 Fälle	9 Fälle
Tuberkulose u. Marasmus	5 Fälle	5 Fälle
Sonstige Todesursachen .	2 Fälle	2 Fälle

Demnach war bei unserem Material die Gruppe „**Marasmus**" überwiegend mit den **späteren**, die Gruppe „**Tuberkulose**" mit den **früheren** Altersstufen vertreten.

Suchen wir uns nun darüber zu unterrichten, in welchen **Gewichtsverhältnissen** sich die Kranken bei **Beginn der Gewichtsabnahmen** befanden, so ergibt sich, wenn wir uns nach der *Rieger-Reichardt*schen Art der Gewichts**bewertung** richten, folgendes:

Es hatten bei Beginn der Gewichtsabnahme

Von der Gruppe	%% zu leicht	Normales Gewicht	%% zu schwer	Sa.
Marasmus	15 Fälle	2 Fälle	23 Fälle	40 Fälle
Tuberkulose	8 Fälle	3 Fälle	15 Fälle	26 Fälle
Tuberkulose u. Marasmus	7 Fälle	0 Fälle	3 Fälle	10 Fälle



Wenn wir „normales“ Gewicht und „%% zu schwer“ als ausreichende Gewichte annähmen, so würde sich ergeben:

Bei Beginn der Gewichtsabnahme hatten:

Von der Gruppe	Ausreichende Gewichte	Nicht ausreichende Gewichte
Marasmus	25 Fälle	15 Fälle
Tuberkulose	18 Fälle	8 Fälle
Tuberkulose u. Marasmus	3 Fälle	7 Fälle
Insgesamt	46 Fälle = 60,49%	30 Fälle = 39,45%

Demnach hätte sich die überwiegende Mehrzahl der Kranken zu Beginn der Gewichtsabnahme in ausreichendem Gewichtszustande be- 'unden. Weiterhin müßte man versuchen, sich betreffs der beim Tode rreichten **Endgewichte** ein Urteil zu bilden. Hier muß aber auf genauere tatistische Zusammenstellungen verzichtet werden, und zwar aus dem infachen Grunde, weil solche gar nicht möglich sind. Und zwar ind solche nicht möglich, weil sich betreffs der Endgewichte, wenn man ich nach dem *Rieger-Reichardt*schen Prinzip der Bewertung der Ge- vichte richtet („%% zu leicht“ usf.), nicht das geringste irgendwie }esetzmäßige ergibt. Diese Feststellung scheint mir besonders wichtig u sein. Es soll bei der zusammenfassenden Besprechung der einzelnen laupttodesarten nochmals hierauf zurückgekommen werden.

Ergebnisse: Unter dem Einflusse der Kriegsverhältnisse, zumal ler immer trostloser werdenden Ernährung, haben wir unter den nsassen der Irrenanstalt ein Massensterben beobachten können.)ie meisten Opfer hat der Winter 1916 auf 1917 (Steckrübenwinter!) ınd das Jahr 1917 gefordert. Dabei ist die Mehrzahl der Kranken ntweder an tatsächlicher Unterernährung bzw. unzweckmäßiger Ernährung gestorben, wobei im klinischen Bilde Krankheitserscheinungen auftraten, wie wir sie bislang in dieser Häufigkeit zu sehen nicht gewohnt waren („Ödemkrankheit“!); dann hat auch die Tuberkulose besonders verheerend gewirkt. Das alles mußte sich notwendigerweise im Körpergewichte der Kranken aussprechen. Es war daher von Interesse, an der Hand der Gewichtskurven diese Verhältnisse näher zu studieren.

Was hat sich nun beim Studium der Gewichtsverhältnisse ergeben? unächst sehen wir, daß sozusagen alle Fälle, z. T. ganz erhebliche, }ewichtsabnahmen aufzuweisen hatten. Dabei ergaben sich aber n der Art der Gewichtsabnahmen alsbald auffallende Unterschiede. lierbei scheint ein Zusammenhang mit der Todesursache bei den }estorbenen unverkennbar zu sein. Daher dürfte es zweckmäßig sein, lie Ergebnisse unter dem Gesichtspunkte der verschiedenen Todesarten u betrachten.

Gruppe Marasmus:

In dieser Gruppe sind diejenigen Gestorbenen zusammengestell die wohl als reine Opfer der Kriegsverhältnisse, d. h. also vor allem d mangelhaften Ernährung, aufzufassen sind. Rufen wir uns nochma ins Gedächtnis zurück, was wir bei den Kranken zu der fraglichen Ze erlebten. Wir sahen, wie mit einer gewissen Wahllosigkeit bald der ein bald der andere Kranke plötzlich körperlich versagte, seine bisheri Arbeit im Anstaltsbetriebe nicht mehr verrichten konnte, schließlich a die Siechenabteilung mußte, aber auch hier trotz Bettruhe sich nic erholte, ganz rapid, fast zuschends zurückging auf einen Ernährung zustand, wie man ihn schlimmer sich kaum vorstellen konnte, um dan recht bald, meist noch nachdem er mehr oder weniger starke Zeiche der „Ödemkrankheit“ geboten hatte, an „Marasmus“ zu sterben. Ware auch manche jüngere Kranke unter den Geschilderten, so fiel doch au daß zumal viele ältere und älteste Kranke in der geschilderten Wei reagierten. — Finden wir den Ausdruck des Gesagten auch bei der B trachtung der Gewichtskurven wieder? Zweifellos! Hier ist gerade d Kurven-„Bild“ besonders eindrucksvoll. Wir sehen, wie derarti Kranke plötzlich von ihrem bisherigen Gewichte in kürzester Frist hera sinken. Das Kurvenbild erweckt in solchen Fällen fast den Gedanke als ob man graphisch den rapid verlaufenden Krankheitsprozeß ha darstellen wollen. Bei anderen derartigen Kranken wird dieser Eindruc des Kurvenbildes etwas verwischt dadurch, daß den eigentlichen G wichtsstürzen, die bezeichnenderweise immer gerade in die bösest Ernährungsperiode fallen, bereits ein Stadium allmählicher Gewicht abnahme vorausgeht, das häufig noch in eine Zeit zurückgeht, in der no durchaus ausreichende Ernährungsverhältnisse vorlagen. Wir könn uns gut vorstellen, daß die letztgenannten Kranken sich beim Eintret der bösesten Ernährungsperiode bereits aus irgendeinem Grunde „a dem absteigenden Aste“ befunden hätten. Sie wären dann als mehr od weniger Geschwächte den trostlosen Ernährungsverhältnissen nic mehr gewachsen gewesen. Nur sehr wenige Kranke, die schon länge Zeit allmählich an Gewicht abgenommen haben und an „Marasmu sterben, haben auch in der bösesten Zeit die bisherige Art allmählich Abnahme beibehalten. Diese hätten dann versucht, doch etwas sich a die gerade herrschenden Verhältnisse einzustellen, während wir a nehmen müssen, daß den übrigen Kranken der Gruppe diese Fähigke vollkommen abging. — Bei welchen Gewichten starben nun uns Kranken? Diese Frage ist in mehr als einer Beziehung von Interess Sehen wir uns die absoluten Zahlen an, so müssen wir sagen, daß w erschreckend niedrige Werte finden, die uns den Tod an Unte ernährung durchaus begreiflich machen. Sie zeigen uns, wie sehr uns Kranken in der fraglichen Zeit unter dem Nahrungsmangel zu leid hatten. Auf der anderen Seite müßte unser Material geeignet sein, d Frage näher zu treten, welche Grade der Abmagerung „auße halb der Gehirnpathologie“ vorkommen (s. *Reichardt*, Arbeit aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg, 6. Heft, S. 42 ff.). Da uns Kranken ja nicht infolge ihres Gehirnleidens gestorben sind, dürften s wohl für derartige Fragen mit herangezogen werden können. ***Reicha***

meint, das (abgesehen von individuellen Verschiedenheiten) 45 bis 50 bis 55% (!) des „Durchschnittsgewichtes" als untere Grenze der Abmagerung angegeben werden dürften. Jedenfalls müssen wir bei unserem Material feststellen, daß zwar einige Fälle diesen *Reichardt*schen Anforderungen entsprechen. Im großen und ganzen müssen wir aber sagen, daß bei der *Rieger-Reichardt*schen Bewertung der Endgewichte sich sehr große Verschiedenheiten bei unseren Kranken ergeben, und daß manche Kranke schon bei Gewichtswerten — nach *Rieger-Reichardt*scher Bewertung! — erledigt sind, die von den *Reichardt*schen tiefen Werten noch weit entfernt sind. Allerdings muß man berücksichtigen, daß bei den Ödemkranken das tatsächliche Gewicht, eben wegen des Ödems, tiefer gewesen sein kann. — Vergleiche mit an anderer Stelle gefundenen Gewichtswerten aus der fraglichen Zeit anzustellen, war kaum möglich. ***Moritz*** berichtet in einem Vortrage in der Wissenschaftlichen Gesellschaft an der Kölner Akademie für praktische Medizin, Sitzung vom 14. 5. 19, unter anderem von seinen Untersuchungen über die Ödemkrankheit aus dem Winter 1916/17, daß die Betreffenden, Insassen eines Gefängnisses „ausnahmslos Untergewicht von 19—40%" hatten. — Der „Jahresbericht der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck über die Jahre 1916 und 1917" berichtet ebenfalls kurz an der Hand von Körpergewichtszahlen über den Einfluß der Kriegsernährung auf die Anstaltsinsassen. Indessen vermag man dieser Art nicht recht zu folgen, da, „um individuelle Fehlerquellen nach Möglichkeit auszuschalten", durchschnittliche Körpergewichte von ganzen Abteilungen zusammengestellt sind. Überhaupt können die Verhältnisse dieser bayerischen Anstalt mit unseren Verhältnissen gar nicht verglichen werden, da dieselbe zweifellos, auch im Winter 1916/17, im Vergleich mit uns nach ihrer „durchschnittlichen Kostquote" erheblich besser gestellt war. Dementsprechend wurden in Werneck auch keine „spezifischen Ernährungskrankheiten, wie Skorbut oder die Ödemkrankheit" beobachtet. Nur folgender Passus des Berichtes ist interessant: „Was die Wirkung der Nahrungsreduktion und der recht bedeutenden Körpergewichtsabnahme auf das Befinden der Pfleglinge angeht, so war hier deutlich zu unterscheiden zwischen den körperlich rüstigen und den körperlich bereits geschwächten Geisteskranken. Während bei den ersteren im Gegensatze zu den objektiven Klagen über Hungergefühle das äußere Aussehen und allgemeiner Habitus ganz gut blieben, zeigte das der letzteren nur allzuhäufig die zunehmenden Zeichen ausgesprochenen Inanition, die sich dann auch durch besondere sorgfältige Zuwendung von Nährmitteln nicht mehr beheben ließ." Hiermit ließ sich unsere Vermutung gut in Einklang bringen, daß eine ganze Anzahl unserer Marantischen sich wohl schon bei Beginn der eigentlich schlechten Ernährungsperiode auf dem absteigenden Aste befanden. — Zusammenfassend können wir sagen, daß das Studium der Körpergewichte bei den verstorbenen „Kriegs"-Marantischen durchaus unseren Anschauungen vom Wesen dieses Marasmus entspricht: es handelt sich offenbar um schwerste Inanition, die schon im Kurvenbilde ihren Ausdruck im rapiden Sturze der Körpergewichte auf für die Betreffenden tiefste Werte findet. Die Kranken waren offenbar in



keiner Weise nach ihrer Veranlagung imstande, sich nur irgendwie den trostlosen Verhältnissen in der schlechtesten Ernährungszeit anzupassen. Begünstigend wirkte, neben vielleicht vorgeschrittenerem Alter, daß viele der Kranken wohl schon bei Eintritt der bösesten Ernährungsperiode mehr oder weniger geschwächt waren.

Gruppe Tuberkulose mit und ohne Marasmus:

Hatten wir bisher unterschieden zwischen einer Gruppe rein Tuberkulöser und einer solchen, die neben der Tuberkulose noch die Zeichen des „Kriegs"-Marasmus bot, so erscheint es bei der allgemeinen Besprechung richtig, die beiden Gruppen zusammenzufassen. Und zwar scheint das richtig zu sein, weil sich ergibt, daß vom Standpunkte der Gewichtsverhältnisse aus zwischen den beiden tatsächlich bestehenden Gruppen bei unserem Material kein prinzipieller Unterschied besteht. Wohl aber besteht ein solcher zwischen den Tuberkulösen überhaupt und den reinen „Kriegs"-Marantischen. Dieser Unterschied ist hauptsächlich in der Art zu erblicken, wie die Marantischen einerseits, die Tuberkulösen andererseits an Gewicht abnehmen. Ein Blick auf die Zusammenstellung S. 20 zeigt uns, daß die Tuberkulösen vorherrschend die allmähliche Gewichtsabnahme wählten, während wir gesehen haben, daß für die „Kriegs"-Marantischen die rapide Abnahme mit Gewichtsstürzen sozusagen typisch ist. Bei den wenigen Fällen, wo Tuberkulöse Gewichtsstürze aufweisen, hat wohl auch die Tuberkulose an sich ihre Besonderheit (Miliartuberkulose, Hämoptoe, besonders bösartige Form!). Demnach besteht ein bemerkenswerter Unterschied in der Reaktion der Tuberkulösen auf die Ernährungsverhältnisse gegenüber den rein „Kriegs"-Marantischen. Die überwiegende Mehrzahl der Tuberkulösen hat zwar ebenfalls bemerkenswerterweise schon vor der eigentlichen Ernährungsperiode Gewichtsabnahme allmählicher Art aufzuweisen; im Gegensatz zu den Marantischen behalten die Tuberkulösen aber auch in der bösesten Ernährungsperiode ihre bisherige Art der Gewichtsabnahme bei. Sie bringen so schon rein äußerlich den Charakter des chronischen Krankheitsprozesses zum Ausdruck. Dieses erscheint zunächst eigenartig, da es den Eindruck, zumal bei denjenigen Tuberkulösen, die sich bis weit ins Jahr 1918 hinein halten, erwecken könnte, als ob in diesen Fällen die gerade bestehenden schlechten Verhältnisse gar nicht oder nur wenig gestört hätten. Dies braucht und wird bei einer großen Zahl der Tuberkulösen aber durchaus nicht der Fall zu sein. M. E. muß man nur das Hauptgewicht darauf legen, daß diese Tuberkulösen anders wie die Marantischen auf die Ernährungsschädigung reagiert haben. — Sich darüber in Spekulationen zu ergehen, ob die allmähliche Gewichtsabnahme schon in noch guter Zeit bereits auf die Tuberkulose zu beziehen ist, oder ob die Kranken, nachdem sie einmal „auf dem absteigenden Aste" sich befanden, erst unter dem Einflusse der Kriegsverhältnisse tuberkulös wurden, scheint müßig zu sein, das kann man Gewichtskurven nicht ansehen. Wir wissen nur von anderen hier nicht zu erörternden Feststellungen her, daß die Tuberkulose tatsächlich unter unseren Kranken im Zusammenhang mit der schlechten Ernährung gewaltig zugenommen hatte.

Es muß noch mit ein paar Worten auf die Endgewichte ein-



gegangen werden, bei denen die Tuberkulösen starben. Es interessieren hier besonders die ja auch in der Hauptsache vertretenen langdauernden, chronischen Fälle, bei denen man annehmen dürfte, daß sie im allgemeinen möglichst tiefe Gewichte beim Tode erreicht hätten, da sie ja einem zehrenden Prozeß erlegen sind. Nun ist hier die Feststellung zu machen, daß die Endgewichte nach der *Rieger-Reichardt*schen Bewertungsart in sehr großen Grenzen schwanken — zwischen „6% zu wenig" bis „49% zu wenig"! — Die absoluten Zahlen geben noch am ehesten einen Begriff von der tatsächlich erfolgten Abmagerung.

Was das Todesalter der Tuberkulösen angeht, so sind, im Gegensatz zu den „Kriegs"-Marantischen, in der Mehrzahl die jüngeren Altersstufen vertreten.

Als das Wesentliche unserer Untersuchungen über die Gewichtsverhältnisse in der Kriegszeit bei einem Material von 83 Kranken, die in den Jahren 1917 und 1918 starben, ergab sich folgendes:

Bis auf drei Kranke waren bei allen zum Teil recht erhebliche Gewichtsabnahmen festzustellen. — Als Todesarten kamen „Kriegs"-Marasmus, ein wohl charakterisiertes Krankheitsbild („Ödemkrankheit"!) und Tuberkulose, teils mit, teils ohne Marasmus hauptsächlich in Frage. — Die Gewichtsabnahmen hatten bei den meisten Kranken schon zu einer Zeit eingesetzt, in der noch keine besonderen Schwierig keiten in der Ernährung der Kranken bestanden. — Es ergab sich dann beim Einsetzen der bösen Ernährungsperiode bei den rein Marantischen einerseits, den Tuberkulösen mit und ohne marantische Zeichen andererseits ein bemerkenswerter Unterschied in der Art der Gewichtsabnahme. Die Marantischen bevorzugten ein sturzweises, zum Teil erhebliches Sinken der Gewichte in kurzen Zeiträumen, so daß die Kranken alsbald an das Ende ihrer Kräfte gebracht wurden und dementsprechend meist schon in der ersten Hälfte des Jahres 1917 starben; dagegen war bei den Tuberkulösen mit und ohne marantische Zeichen allmähliches Sinken der Gewichte die Regel und wurde auch in der Zeit schlechtester Ernährungsverhältnisse beibehalten. Während aber die Tuberkulösen mit marantischen Erscheinungen schon meist im Jahre 1917 starben und eine Dauer der Gewichtsabnahme bis höchstens 2½ Jahre in der Mehrzahl der Fälle aufwiesen, hielten sich die meisten Tuberkulösen ohne marantische Zeichen bis ins Jahr 1918 bei zum Teil erheblich längerer Dauer des Prozesses. — Auffallend war noch, daß bei den Marantischen die späteren Altersstufen, bei den Tuber-



kulösen dagegen die früheren Altersstufen vorherrschten. — Die Endgewichte wurden in ihren absoluten Werten den marantischen bzw. zehrenden Prozessen — bei der Tuberkulose — durchaus gerecht. Dagegen fiel auf, daß bei der Anwendung der *Reichardt*schen Bewertung der Endgewichte dieselben innerhalb sehr weiter Grenzen schwankten, so daß zwar viele Kranke auch bei dieser Art der Gewichtsbewertung den marantischen oder zehrenden Prozeß zum Ausdruck brachten, viele derartige Kranke aber nach *Reichardt* noch Zahlen aufwiesen, die trotz des marantischen oder zehrenden Prozesses, der, wie gesagt, in den absoluten Gewichtszahlen durchaus zum Ausdruck kam, nicht allzu tief unter dem „Normalgewichte" lagen.

Es ist von größtem Interesse, auch bei den Lebenden nach entsprechenden Richtlinien die Gewichtsverhältnisse zu studieren. Notwendigerweise müssen uns nämlich hier die Fragen aufstoßen: weshalb haben denn diese die Kriegszeit überstanden, wie steht es mit der Erholung dieser Kranken? Können uns auch hier die Körpergewichtskurven etwas sagen und was? — Gehen wir gleich an die Betrachtung unseres Materials.

Auch bei den Lebenden finden wir zunächst wieder eine Gruppe mit dem Kurvenbild rapider Gewichtsstürze von einer bislang ungefähr horizontal verlaufenden Gewichtslinie. — Bis auf einen Kranken haben sich die Betreffenden alle wieder im Gewichtskurvenbilde erholt. Bemerkenswert ist, daß einige Kranke ihr früheres Gewicht nach der Erholung überschritten haben. Das ideelle Kurvenbild würde demnach ungefähr folgendermaßen aussehen:



Die fünf Kranken gehören bis auf einen mit angeborenem Schwachsinn der Dementia praecox-Gruppe an und stehen jetzt, Juli 1919, in folgendem Alter: 33, 45, 47, 59, 66 Jahre. Nach *Rieger-Reichardt* hätten alle bei Beginn der Gewichtsabnahme „%% zu leicht", verglichen mit ihren „Normalgewicht", gehabt. — Die Gewichtsstürze beginnen in zwei Fällen im Januar 1917, in je einem Falle im März und Mai 1917, nur einmal bereits im Oktober 1916. — Es folgen zunächst die Einzelheiten der Fälle:

Fall Nr.	Geistes-krankheit	† Alter	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit c) Absolute Abnahme	Gewichtszunahme	Jetziger Zustand
				1. Abnahme seit 1916.		
84	Dem. praec.	33 J.	165 cm (63 kg)	a) 54,5 kg — 41,5 kg = —13% auf —34% b) 10. 16—4. 17 = 6 Mon. c) 13 kg = 24% v. Anf. Gew. in 6 Mon.	auf 41,5 kg bis 11. 17 = 7 Mon. geblieben, bis 54 kg bis 11. 18 = 12 Mon., bis 63 kg „normal" bis 7. 19 = 8 Mon.	Körperlich wohl! Wegen Psychose Bett.
				2. Abnahme seit 1917.		
85	Dem. paranoides	59 J.	179 cm (73 kg)	a) 60 kg — 49 kg = —18% auf —33% b) 5. 17—9. 17 = 4 Mon. c) 11 kg, 18% v. Anf. Gew. in 4 Mon.	Auf 49 kg bis 1. 18 = 4 Mon. Bis 10. 18 = 9 Mon. auf ca. 60 kg. Bis 64,5 kg = —12% 7. 19.	Körperlich wohl. Wegen Psychose Bett.
86	Dem. paranoides	47 J.	168 cm (64 kg)	a) 55 kg — 45,5 kg = —14% auf —29% b) 3. 17—9. 17 = 6 Mon. c) 9,5 kg, 17% v. Anf. Gew. in 6 Mon.	Auf 56 kg bis 1. 18 = 4 Mon. Bis 61,5 kg = —8% 7. 19	Körperlich wohl, Hausarbeit!
87	Dem. praec.	45 J.	160 cm (58 kg)	a) 53 kg — 42 kg = —9% auf —28% b) 1. 17—4. 17 = 3 Mon. c) 11 kg, 21 % v. Anf. Gew. in 3 Mon.	Auf 42 kg bis 9. 17 = 5 Mon. Bis 10. 18 = 13 Mon. auf 53 kg. Bis 64,5 kg = +11% 7. 19	Körperlich wohl, Hausarbeit!
88	Angebor. Schwachsinn	66 J.	161 cm (60 kg)	a) 57,5 kg — 42,5 kg = —4% auf —30% b) 1. 17—8. 17 = 7 Mon. c) 15 kg, 26% v. Anf. Gew. in 7 Mon.	Auf 42,5 kg bis 12 17 = 4 Mon. Bis 53,5 kg = —11% 7. 19	Körperlich schwach, immer (!) Bett wegen Psychose.

Stellen wir zusammen, wie lange Zeit die Kranken abnahmen und wie lange sie zur „Erholung" benötigten, so ergibt sich:

1. Nach dem Gewicht Erholte.

Fall Nr.	Abnahme	Auf tiefstem Gewichtspunkte geblieben	Ursprüngliches Gewicht erreicht	Ursprüngliches Gewicht späterhin überschritten
84	in 6 Monaten	7 Monate	in 12 Monaten	um 8,5 kg
85	in 4 Monaten	4 Monate	in 9 Monaten	um 4,5 kg
86	in 6 Monaten		in 4 Monaten	um 6,5 kg
87	in 3 Monaten	5 Monate	in 13 Monaten	um 11,5 kg
	2. Nach dem Gewicht nicht Erholte.			
88	in 7 Monaten	4 Monate	nicht erreicht!	



Die durchgängig erhebliche Gewichtsabnahme ist in nur kurzer Zeit erfolgt. Sie trat ein in der schlechtesten Ernährungsperiode. Die Kranken hatten alle an marantischen „Kriegs"-Ödemen gelitten. Bemerkenswert ist, daß die Kranken ihre ursprünglichen Gewichte bei der Erholung, die meist erheblich längere Zeit in Anspruch nahm wie die Abnahme, erheblich überschritten haben. — Die Kranken bieten körperlich nichts Auffälliges, sehen in jeder Beziehung wohl aus. Temperatursteigerungen oder abnorm tiefe Temperaturen bzw. auffällige Pulsveränderungen bestehen nicht. Die beschäftigten Kranken haben die leichte Arbeit auf der Abteilung gut vertragen; sie sind allerdings auch, wie alle meine Kranken, erst dann wieder aufgestanden und beschäftigt worden, als man, sowohl nach dem Gewichtskurvenbilde wie nach dem allgemeinen Eindrucke sie für „erholt" halten konnte. — Der nicht „Erholte", der auch früher nicht beschäftigt wurde, macht auch schon rein äußerlich einen nicht „erholten" Eindruck, irgendwelche positiven Befunde an Temperatur, Puls usf. sind bis jetzt bei ihm nicht festzustellen gewesen. — Wenn wir noch mit ein paar Worten auf die Gewichtswerte eingehen, so ist zu sagen, daß dieselben bei Beginn der Abnahme gerade keine glänzenden bei den meisten Kranken gewesen sind (nach *Rieger-Reichardt* wären sie alle unter der Norm gewesen!), immerhin waren sie auch nicht auffällig schlechte. Die Kranken haben für die kurze Zeit der Abnahme viel vom ursprünglichen Gewicht verloren, zwischen 17 bis 26%, ganz im Einklang mit ihrem „kriegs"-marantischen Krankheitsbilde. Da sie alle Ödeme hatten, kann über tatsächlich erreichte Gewichtswerte nichts Sicheres gesagt werden. Beachtenswert ist, daß die Kranken, nachdem sie, was wohl keinem Zweifel unterliegt (abgesehen von Fall 88), erholt sind, auch nachdem sie ihr ursprüngliches Gewicht noch überschritten haben, noch Gewichte unter dem „Normal"-Gewicht nach *Reichardt* haben sollen.

Eine weitere Gruppe, die der der Gestorbenen mit erst allmählichem Sinken, dann rapiderem Stürzen der Gewichte entspricht, findet sich auch bei den Lebenden. Der Gewichtsanstieg erreicht bei einem Kranken wieder die frühere Höhe, bei drei Kranken übersteigt er sogar dieselbe; dagegen erreichten acht Kranke das ursprüngliche Gewicht nicht. Demnach sieht die ideelle Kurve folgendermaßen aus:



Die Anzahl der Fälle ist 13. Die allmähliche Abnahme beginnt bei einem Kranken schon 1913, bei vier Kranken 1914, bei einem Kranken 1915, bei sieben Kranken 1916. Die Gewichtsstürze beginnen je einmal 10. 16, 11. 16 und 12. 16, je einmal 1. 17, 2. 17, 3. 17, dreimal 4. 17, je



einmal 6. 17, 7. 17, 8. 17, 9. 17. — Nach der **geistigen Erkrankung** handelt es sich um elf Kranke der **Dementia praecox-Gruppe** (acht Dementia praecox Fälle, drei Dementia paranoides Fälle) und **zwei Schwachsinnige**. Nach den **Altersstufen** finden sich **drei** Kranke in einem Alter bis zum 45. Lebensalter einschließlich, zehn Kranke in einem Alter vom 46. Lebensalter ab. — Nach *Rieger-Reichardt* hätten bei Beginn der Gewichtsabnahme drei Kranke „%% zu leicht" gehabt, zwei Kranke „normales Gewicht", acht Kranke „%% zu schwer". — Alles Nähere ist aus der folgenden Zusammenstellung zu ersehen:

...tes-...kheit	† Alter	Körpergröße Normal-Gewicht	Gewichtsabnahme allmähliche a) Abnahme b) Zeit c) absolute Gesamtabnahme	rapidere	Gewichtszunahme	Jetziger Zustand
1. Abnahme seit 1913.						
...praec.	62 J.	165 cm (63 kg)	a) 93 kg — 58 kg = +48% auf −8% b) 10. 13—2. 17 = 40 Mon. c) 45 kg, 48% v. Anf.-Gew. in 46 Mon.	a) 58 kg — 48 kg = −8% auf −24% b) 2. 17—8. 17 = 6 Mon.	Auf 48 kg bis 11. 17 = 3 Mon. Bis 7. 19 auf 61 kg = −3%	Kann nicht stehen und gehen! Zu Bett. Früher fleißiger Kolonnenarbeiter.
2. Abnahme seit 1914.						
... paranoides	67 J.	161 cm (60 kg)	a) 60 kg — 54 kg = „normal" auf −10% b) 9. 14—1. 17 = 28 Mon. c) 18 kg, 30% v. Anf.-Gew. in 32 Mon.	a) 54 kg — 42 kg = −10% auf −30% b) 1. 17—5. 17 = 4 Mon.	42 kg — 60 kg bis 7. 19 = 26 Mon.	Sieht wohl aus. Hat keine Lust aufzustehen! War früher fleißiger Hausarbeiter.
...praec.	61 J.	164 cm (62 kg)	a) 65 kg — 49,5 kg = +4% auf −21% b) 8. 14—6. 17 = 34 Mon. c) 22 kg, 34% v. Anf.-Gew. in 37 Mon.	a) 49,5 kg — 43 kg = −21% auf −31% b) 6. 17—9. 17 = 3 Mon.	43 kg — 60,5 kg = −3% bis 7. 19	Wegen Psychose immer zu Bett. Körperlich nichts Besonderes!
...n. paranoides	60 J.	165 cm (63 kg)	a) 82 kg — 63 kg = +30% auf „normal" b) 1. 14—4. 17 = 40 Mon. c) 32,5 kg, 40% v. Anf.-Gew. in 46 Mon.	a) 63 kg — 49,5 kg = „normal" auf −23% b) 4. 17—10. 17 = 6 Mon.	49,5 kg — 57 kg = −23% auf −10% bis 7. 19	Sehr elend. Unregelmäßiges Fieber! Tuberkulose!



Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter	Körpergröße Normal-Gewicht	Gewichtsabnahme allmähliche a) Abnahme b) Zeit c) absolute Gesamtabnahme	Gewichtsabnahme rapidere	Gewichtszunahme	Je… Z…
93	Angebor. Schwachsinn	53 J.	145 cm (39 kg)	a) 64,5 kg — 52 kg = +65% auf +35% b) 1. 14—4. 17 = 40 Mon. c) 23 kg, 36% v. Anf.-Gew. in 47 Mon.	a) 52 kg — 41,5 kg = +35% auf +6% b) 4. 17—11. 17 = 7 Mon.	41,5 kg — 53 kg = +6% auf + 36% bis 7. 19	El… Au… In… Zeit… T… kulo… d…
				3. Abnahme seit 1915.			
94	Dem. paranoides	52 J.	170 cm (66 kg)	a) 96 kg — 84,5 kg = +45% auf +28% b) 2. 15—11. 16 = 21 Mon. c) 30 kg, 31% v. Anf.-Gew. in 28 Mon.	a) 84,5 kg — 66 kg = +28% auf +2% b) 11. 16—6. 17 = 7 Mon.	a) 66 kg — 79,5 kg = +2% auf +20% b) 6. 17—4. 18. Sinkt wieder auf 64 kg = —3%! bis 7. 19	Sieh… fall… Lag… zu…
				4. Abnahme seit 1916.			
95	Dem. praec.	42 J.	167 cm (64 kg)	a) 62 kg — 50 kg = —7% auf —22% b) 6. 16—4. 17 = 10 Mon. c) 22 kg, 36% v. Anf.-Gew. in 13 Mon.	a) 50 kg — 40 kg = —22% auf —37% b) 4. 17—7. 17 = 3 Mon.	a) 40 kg — 62 kg = —37% auf —7% b) 7. 17—11. 18 = 16 Mon. Bis 72 kg = +13% bis 7. 19	Gut…
96	Dem. praec.	50 J.	168 cm (64 kg)	a) 59,5 kg — 48,5 kg = —7% auf —22% b) 6. 16—12. 16 = 6 Mon. c) 21,5 kg, 36% v. Anf.-Gew. in 15 Mon.	a) 48,5 kg — 38 kg = —22% auf —41% b) 12. 16—9. 17 = 9 Mon.	a) 38 kg — 59,5 kg = —41% auf —7% b) 9. 17—7. 19 = 22 Mon.	Sie… aus. zu… wege… cl…
97	Dem. praec.	62 J.	160 cm (58 kg)	a) 58 kg — 48 kg = „normal" auf —17% b) 7. 16—3. 17 = 8 Mon. c) 18 kg, 31% v. Anf.-Gew. in 10 Mon.	a) 48 kg — 40 kg = —17% auf —31% b) 3. 17—5. 17 = 2 Mon.	Auf 40 kg von 5. 17 bis 9. 17 = 4 M. a) 40 kg — 58 kg = —31% auf „normal" b) 9. 17—1. 19 = 16 Mon. Bis 61,5 kg = +6% bis 7. 19	Woh… den!… ind…
98	Dem. praec.	48 J.	162 cm (60 kg)	a) 60 kg — 43 kg = „normal" auf —28% b) 4. 16—8. 17 = 16 Mon. c) 25 kg, 42% v. Anf.-Gew. in 18 Mon.	a) 43 kg — 35 kg = —28% auf —42% b) 8. 17—10. 17 = 2 Mon.	a) 35 kg — 55,5 kg = —42% auf —8% b) 10. 17—7. 19	Imı… Bett… Psy… W… befi…

…istes- …nkheit	Alter	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichtsabnahme allmähliche a) Abnahme b) Zeit c) Absolute Gesamt-abnahme	rapidere	Gesamtzunahme	Jetziger Zustand
…ebor. …hwach- …n	35 J.	173 cm (67 kg)	a) 72 kg — 67 kg = +7% auf „normal" b) 1. 16—12. 16 = 11 Mon.	a) 67 kg — 56 kg = „normal" auf −16% b) 12. 16—1. 17 = 1 Mon.	a) 56 kg — 65 kg = −16% auf −7% b) 1. 17—7. 19	Sieht leidlich aus. Hausarbeit!
			c) 16 kg, 22% v. Anf.-Gew. in 12 Mon.			
…n.praec.	49 J.	173 cm (67 kg)	a) 86 kg — 76 kg = +28% auf +13% b) 2. 16—10. 16 = 8 Mon.	a) 76 kg — 63 kg = +13% auf −6% b) 10. 16—4. 17 = 6 Mon.	a) 63 kg — 80,5 kg = −6% auf +19% b) 4. 17—7. 19	Sieht wohl aus! Hausindustrie!
			c) 23 kg, 27% v. Anf.-Gew. in 14 Mon.			
…n.praec.	28 J.	147 cm (41 kg)	a) 53 kg — 47 kg = +29% auf +15% b) 3. 16—9. 17 = 18 Mon.	a) 47 kg — 39 kg = +15% auf −5% b) 9. 17—10. 17 = 1 Mon.	a) 39 kg — 48 kg = −5% auf +18% b) 10. 17—7. 19	Immer zu Bett wegen Psychose. Erholt!
			c) 14 kg, 26% v. Anf.-Gew. in 19 Mon.			

Stellen wir wieder zusammen, welche Kranke sich „erholt" haben, und wieviel Zeit sie hierzu benötigten, und welche Kranke als nicht oder noch nicht erholt zu gelten haben. — Wenn wir zunächst nur diejenigen als „erholt" ansehen, die ihr ursprüngliches Gewicht, von dem sie abnahmen, wieder erreicht haben, so würde sich folgendes ergeben:

„Erholte."

Fall Nr.	Abnahme	Ursprüngliches Gewicht erreicht	Ursprüngliches Gewicht überschritten	Körperlicher Zustand
		1. Abnahme seit 1914.		
90	in 32 Monaten	in 26 Monaten	nein!	Erholt!
		2. Abnahme seit 1916.		
95	in 13 Monaten	in 16 Monaten	ja, um 10 kg	Erholt!
96	in 15 Monaten	in 22 Monaten	nein!	Erholt!
97	in 10 Monaten	in 16 Monaten	ja, um 3,5 kg	Erholt! Arbeitet in Hausindustrie.

Wenn wir uns die „Nicht Erholten" nochmals näher ansehen, finden wir:

Ursprüngliches Höchstgewicht	Tiefstes Gewicht	Dauer der Abnahme	Höchstes wieder erreichtes Gewicht	Dauer der Zunahme	Bemerkung
		1. Abnahme seit 1913.			
…3 kg = „+48%"	48 kg = „−24%"	46 Mon.	61 kg = „−3%"	20 Mon.	Elend!

Fall Nr.	Ursprüngliches Hochstgewicht	Tiefstes Gewicht	Dauer der Abnahme	Höchstes wieder erreichtes Gewicht	Dauer der Zunahme	Bemerk
		2. Abnahme seit 1914.				
91	65 kg = „+4%“	43 kg = „-31%“	37 Mon.	60,5 kg = „-3%“	22 Mon.	Klinisch e
92	82 kg = „+30%“	49,5 kg = „-23%“	46 Mon.	57 kg = „-10%“	21 Mon.	Tuberkulo
93	64,5 kg = „+65%“	41,5 kg = „+6%“	47 Mon.	53 kg = „+36%“	20 Mon.	Wahrschei Tuberku
		3. Abnahme seit 1915.				
94	96 kg = „+45%“	66 kg = „+2%“	28 Mon.	79,5 kg = „+20%“ wieder gesunken: 64 kg = „- 3%“	10 Mon.	Verfallene sehen
		4. Abnahme seit 1916.				
98	60 kg = „normal“	35 kg = „-42%“	18 Mon.	55,5 kg = „-8%“	21 Mon.	Erholt!
99	72 kg = „+7%“	56 kg = „-16%“	12 Mon.	65 kg = „-7%“	30 Mon.	Körperlich holt!
100	86 kg = „+28%“	63 kg = „-6%“	14 Mon.	80,5 kg = „+19%“	27 Mon.	Körperlich holt!
101	53 kg = „+29%“	39 kg = „-5%“	19 Mon.	48 kg = „+18%“	21 Mon.	Körperlich holt!

Zweifellos haben auch die Fälle 91, 98, 99, 100, 101 als erholt zu gelten, da ja vor allem das klinische Bild hier mitzusprechen hat. — Ferner ergibt die Zusammenstellung, daß im klinischen Bilde von den Kranken, die schon 1913, 1914, 1915 mit der Gewichtsabnahme begannen, also zu einer Zeit, in der noch befriedigende Ernährungsbedingungen vorlagen, bis auf einen Kranken (Fall 91!) alle nicht erholt sind. Einer (Fall 92!) ist sicher tuberkulös, einer (Fall 93!), der in letzter Zeit hie und da abends fieberhafte Temperatursteigerungen hat, im höchsten Grade tuberkuloseverdächtig. Die übrigen Kranken (Fälle 89, 94!) machen einen durchaus elenden, entkräfteten Eindruck, und dies, was sehr zu beachten ist, trotzdem sie sich nach *Reichardt*scher Anschauung kaum nennenswert unter ihrem „Normalgewicht“ befänden. Zweifellos hat das Herabsinken von den früheren hohen Gewichten auf diese Kranke ebenso verhängnisvoll gewirkt, wie bei anderen Kranken das Herabsinken von bislang niedrigeren Gewichtswerten auf „tiefe“ Gewichtswerte. — In diesem Zusammenhange ist sehr bemerkenswert, daß die erholten Kranken, deren Gewichtsabnahmen nur durch Reaktion auf die schlechte Kriegsernährung erklärt werden kann, wie aus dem zeitlichen Zusammenhang von Gewichtsabnahme bzw. Gewichtszunahme hervorgeht, unverkennbar alle wieder zu ihren früheren Gewichtswerten hinstreben und durchaus nicht mit der Erreichung des *Reichardt*schen „Normalgewichtes“ sich zufrieden geben. Zwei Kranke (Fälle 95, 97!) sind in diesem offenkundigen Streben sozusagen etwas über das Ziel hinausgeschossen, als ob der Organismus sich bestrebte, nur ja das Verlorene wieder beizuholen. Wenn manche Kranke, die klinisch schon durchaus,

wie oben ausgeführt, als erholt anzusehen sind, bislang ihr ursprüngliches Gewicht noch nicht erreicht haben, so ist der Grund hierfür wohl darin zu sehen, daß die verschiedenen Kranken verschieden lange Zeit zur völligen Erholung benötigen. — Letzteres sowie die Tatsache, daß bei den erholungsfähigen Kranken die Erholung im allgemeinen längere Zeit beansprucht wie die Gewichtsabnahme, dürfte aus obiger Zusammenstellung deutlich hervorgehen. — Gehen wir nochmals auf die Gruppe als Ganzes betrachtet ein, so müssen wir sagen, daß wir es, wie vor allem die rapiden Gewichtsstürze in der bösesten Ernährungsperiode zeigen, mit Kranken zu tun haben, die stark auf die schlechte Ernährung reagierten. Wir müssen uns nun, da wir bei den Gestorbenen einer größeren Anzahl in der Art der Gewichtsabnahme gleich sich verhaltender Kranken begegnet sind, fragen, weshalb denn unsere Kranken nicht gestorben sind. Daran, daß die am Leben Gebliebenen weniger starke Erscheinungen im Krankheitsbilde gehabt hätten, kann es nicht liegen, denn auch die noch lebenden Kranken boten, was hervorgehoben werden muß, ebenfalls alle Zeichen der „Ödemkrankheit". Oder zeigen die Kranken, die die Kriegszeit überstanden haben, wesentlich anderes hinsichtlich der Gewichtsverhältnisse? Ich glaube nicht, denn man kann nicht sagen, daß die Gestorbenen beispielsweise zahlenmäßig unbedingt tiefere Endgewichtswerte erreicht hätten, oder daß sie zahlenmäßig niedrigere Anfangsgewichte wie die Kranken gehabt hätten, die am Leben blieben. — Es ergibt sich beim Vergleich der Gestorbenen und Lebenden der entsprechenden Gruppen jedoch etwas anderes. Von den 24 Gestorbenen hatte bei 20 die Gewichtsabnahme schon vor der schlechtesten Ernährungsperiode eingesetzt, bei den 13 Kranken, die noch leben, war das bei 6 Kranken der Fall. Oder anders ausgedrückt: von 37 Kranken, die dieselbe Art des Gewichtskurvenablaufes hatten, und die speziell in der bösesten Ernährungsperiode mit rapiden Gewichtsstürzen reagierten, hatten 26 schon mit einer allmählichen Gewichtsabnahme zu einer Zeit begonnen, in der noch durchaus erträgliche Ernährungsbedingungen herrschten. Von diesen 26 Fällen starben dann 20 noch in der bösesten Ernährungsperiode (erstes Halbjahr 1917!) unter marantischen Erscheinungen; 6 Fälle starben nicht, konnten sich aber, bis auf einen Kranken, gesundheitlich nicht mehr recht erholen, was sich auch im weiteren Verlaufe der Gewichtskurve bei den meisten Kranken ausdrückt. Dagegen begannen 11 Kranke mit Gewichtsabnahmen erst in der schlechtesten Ernährungsperiode; von diesen starben 4 noch in der bösesten Ernährungsperiode, 7 dagegen zeigten, sobald die Ernährungsbedingungen wieder leidliche wurden, fortlaufende Gewichtszunahmen, so daß diese Kranken jetzt wieder als körperlich erholt gelten müssen, da sie sowohl ihr ursprüngliches Gewicht ungefähr wieder erreicht haben, als auch Beschäftigung, wie früher, gut vertragen. — Ihrem Wesen nach müssen wir die Fälle, die erst 1916 mit der Gewichtsabnahme beginnen, als „reine" kriegsmarantische auffassen, während bei den Kranken, die schon vor der bösen Ernährungsperiode mit Gewichtsabnahmen begonnen haben, zweifellos noch etwas anderes Schädigen-

des a priori vorlag, was auch jetzt in der mangelnden Fähigkeit sich zu erholen seinen Ausdruck findet.

Eine weitere Gruppe von Kranken zeigt das Kurvenbild der allmählichen Abnahme, die schon zu einer Zeit beginnt, in der noch keine schlechten Ernährungsverhältnisse vorlagen. Die Kranken haben sich nach dem Kurvenbilde meist nicht erholt, so daß wir folgendes ideelle Kurvenbild anzunehmen haben:



Die Anzahl der Fälle ist 15. 3 Kranke beginnen mit der Gewichtsabnahme bereits im Jahre 1913, 4 Kranke im Jahre 1914, 8 Kranke im Jahre 1915. In den Lebensaltern bis zum 45. Jahre einschließlich befinden sich 3 Kranke, vom 46. Lebensjahre ab 12 Kranke. — Nach *Rieger-Reichardt* hätten 4 Kranke bei Beginn der Gewichtsabnahme „%% zu leicht" gehabt, 11 Kranke „%% zu schwer". — Nach der Art der geistigen Erkrankung lag 8mal Dementia praecox, 1mal Katatonie, 3mal Dementia paranoides vor; ferner litten 2 Kranke an seniler Psychose, 1 Kranker an manisch-depressivem Irresein. Alles Nähere zeigt die folgende Zusammenstellung:

Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit c) Gesamtabnahme	Gewichtszunahme bzw. Zunahme	Jetziger Zustand
				1. Abnahme seit 1913.		
102	Dem. paranoides	51 J.	179 cm (73 kg)	a) 71 kg — 50,5 kg = −3% auf −31% b) 11. 13—6. 17 = 43 Mon. c) 20,5 kg, 29% vom Anfangsgewicht	a) 50,5 kg — 70 kg = −31% auf −4% b) 6. 17—7. 19 = 25 Mon. c) 19,5 kg	Lungentuberkulose.
103	Dem. praec.	53 J.	168 cm (64 kg)	a) 81,5 kg — 41 kg = +29% auf −36% b) 6. 13—8. 17 = 50 Mon. c) 40,5 kg, 50% vom Anfangsgewicht	a) 41 kg — 64 kg = −36% auf „normal" b) 8. 17—7. 19 = 23 Mon. c) 23 kg	Lungentuberkulose.
104	Dem. praec.	53 J.	160 cm (58 kg)	a) 85 kg — 53,5 kg = +46% auf −8% b) 11. 13—12. 18 = 61 Mon. c) 31,5 kg, 37% vom Anfangsgewicht	a) 53,5 kg — 61 kg = −8% auf +5% b) 12. 18—7. 19 = 7 Mon. c) 7,5 kg	Lungentuberkulose.



Fall Nr.	Geistes-krankheit	Alter	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit	c) Gesamtabnahme bzw. zunahme Gewichtszuname	Jetziger Zustand
				2. Abnahme seit 1914.		
105	Dem. praec.	34 J.	171 cm (66 kg)	a) 65 kg — 46 kg = −2% auf −31% b) 7. 14—11. 17 = 40 Mon. c) 19 kg, 30% vom Anfangsgewicht	a) 46 kg — 58 kg = −31% auf −12% b) 11. 17—7. 19 = 20 Mon. c) 12 kg	Lungen-tuberkulose
106	Dem. paranoides	69 J.	174 cm (68 kg)	a) 73 kg — 39 kg = +7% auf −43% b) 12. 14—9. 18 = 44 Mon. c) 34 kg, 47% vom Anfangsgewicht	a) 39 kg — 60 kg = −43% auf −12% b) 9. 18—7. 19 = 10 Mon.	War Ödemfall! Entkräftet zu Bett! Nie Temperatur-steigerung, sondern Neigung zur Untertemperatur, zwischen 35,5° und 36° C.; hie und da unter 35,5° C.!
107	Dem. praec.	61 J.	174 cm (68 kg)	a) 79,5 kg — 62 kg = +17% auf −9% b) 7. 14—8. 17 = 37 Mon. c) 17,5 kg, 22% vom Anfangsgewicht	a) 62 kg — 70 kg = −9% auf +3% b) 8. 17—7. 19 = 23 Mon.	Wohlbefinden. Arbeitet in Kolonne.
108	Dem. paranoides	63 J.	163 cm (61 kg)	a) 75 kg — 48,5 kg = +23% auf −21% b) 5. 14—11. 17 = 42 Mon. c) 26,5 kg, 34% vom Anfangsgewicht	a) 48,5 kg — 53 kg = −21% auf −13% b) 11. 17—7. 19 = 20 Mon.	Bettlägerig, war früher stets auf. Neigung zur Untertemperatur.
				3. Abnahme seit 1915.		
109	Dem. praec.	33 J.	167 cm (64 kg)	a) 61 kg — 45 kg = −5% auf −30% b) 5. 15—5. 17 = 24 Mon. c) 16 kg, 26% vom Anfangsgewicht	a) 45 kg — 61 kg — 70 kg = −30% auf −5% auf +9% b) 5. 17—1. 19—7. 19 = 20 Mon. bzw. 6 Mon. c) 25 kg	Lungen-tuberkulose.



Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit c) Gesamtabnahme	Gewichtszunahme bzw. Zunahme	Jetziger Zustand
110	Senile Psychose	62 J.	165 cm (63 kg)	a) 62 kg — 54 kg = —2% auf —14% b) 2. 15—1. 17 = 23 Mon. c) 8 kg, 13% vom Anfangsgewicht	Bleibt auf 54 kg bis 11. 17 = 10 Mon. a) 54 kg — 57 kg = —14% auf —10% b) 11. 17—7. 19 = 8 Mon. c) 3 kg	Zufriedenstellendes Aussehen, aber Albuminurie und Bronchialasthma!
111	Katatonie	45 J.	170 cm (66 kg)	a) 72 kg — 52,5 kg = +9% auf —20% b) 2. 15—9. 17 = 31 Mon. c) 19,5 kg, 27% vom Anfangsgewicht	a) 52,5 kg — 67 kg = —20% auf +2% b) 9. 17—7. 19 = 22 Mon. c) 14,5 kg	Lungentuberkulose.
112	Dem. praec.	54 J.	160 cm (58 kg)	a) 66 kg — 49 kg = +12% auf —16% b) 12. 15—4. 19 = 40 Mon. c) 17 kg, 26% vom Anfangsgewicht	a) 49 kg — 55 kg = —16% auf —12% b) 4. 19—7. 19 = 3 Mon. c) 6 kg	Lungentuberkulose.
113	Dem. praec.	63 J.	165 cm (63 kg)	a) 75,5 kg — 52 kg +13% auf —21% b) 1. 15—6. 17 = 18 Mon. c) 23,5 kg, 31% vom Anfangsgewicht	Bleibt auf 52 kg bis 12. 17 = 6 Mon. a) 52 kg — 68 kg = —21% auf +8% b) 12. 17—7. 19 = 19 Mon. c) 16 kg	Bietet nichts Besonderes. Immer in Hausindustrie!
114	Dem. praec.	58 J.	160 cm (58 kg)	a) 71,5 kg — 51 kg = +23% auf —12% b) 10. 15—9. 16 = 11 Mon. c) 20,5 kg, 28% vom Anfangsgewicht	Gewicht schwankt zwischen 51 und 58 kg = —12% und „normal" 9. 16 bis 4. 18 = 18 Mon., fällt dann auf 44,5 kg, —22% bis 7. 19	Lungentuberkulose.
115	Senile Psychose	67 J.	172 cm (66 kg)	a) 86,5 kg — 61 kg = +31% auf —8% b) 3. 15—7. 17 = 28 Mon. c) 25,5 kg, 29% vom Anfangsgewicht	Schwankt zwischen 61 und 64 kg vom 7. 17—3. 18 = —8% und —1%, 8 Mon.	Sieht schlecht und verfallen aus! Untertemperaturen



Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit c) Gesamtabnahme bzw. Zunahme	Gewichtszunahme	Jetziger Zustand
116	Man.-depr. Irresein	57 J.	165 cm (63 kg)	a) 86 kg — 55 kg = +37% auf −13% b) 2. 15—5. 17 = 27 Mon. c) 31 kg, 36% vom Anfangsgewicht	a) 55 kg — 68 kg = −13% auf +6% b) 5. 17—7. 19 = 26 Mon. c) 13 kg	Sah außerordentlich mitgenommen aus auf dem tiefsten Gewichtspunkte; ist auch jetzt noch nicht recht erholt. Eiternde Halsdrüsen (tbc.?), nie Fieber.

Die Zusammenstellung der „Erholten“ und „Nicht-Erholten“ (nach dem Gewicht!) ergibt:

„Erholte.“

Fall Nr.	Abnahme	Ursprüngliches Gewicht erreicht	Ursprüngliches Gewicht überschritten	Körperliche Zustand
	1. Abnahme seit 1913.			
102	in 43 Monaten	in 25 Monaten	nein!	Lungentuberkulose!
	2. Abnahme seit 1914. Kein Kranker erholt!			
	3. Abnahme seit 1915.			
109	in 24 Monaten	in 20 Monaten	ja, um 9 kg	Lungentuberkulose!

Stellen wir bei den „Nicht-Erholten“ das Bemerkenswerte zusammen, so ergibt sich:

Ursprüngliches Höchstgewicht	Tiefstes Gewicht	Dauer der Abnahme	Höchstes wieder erreichtes Gewicht	Dauer der Zunahme	Bemerkung
		1. Abnahme seit 1913.			
,5 kg = „+29%“	41 kg = „−36%“	50 Mon.	64 kg = „normal“	23 Mon.	Tuberkulose!
kg = „+46%“	53,5 kg = „−8%“	61 Mon.	61 kg = „+5%“	7 Mon.	Tuberkulose!
		2. Abnahme seit 1914.			
kg = „−2%“	46 kg = „−31%“	40 Mon.	58 kg = „−12%“	20 Mon.	Tuberkulose!
kg = „+7%“	39 kg = „−43%“	44 Mon.	60 kg = „−12%“	10 Mon.	Elend!
,5 kg = „+17%“	62 kg = „−9%“	37 Mon.	70 kg = „+3%“	23 Mon.	Wohlbefinden!
kg = „+23%“	48,5 kg = „−21%“	42 Mon.	53 kg = „−13%“	20 Mon.	Bettlägerig!



Fall Nr.	Ursprüngliches Höchstgewicht	Tiefstes Gewicht	Dauer der Abnahme	Höchstes wieder erreichtes Gewicht	Dauer der Zunahme	Bemerk[ungen]
		3. Abnahme seit 1915.				
110	62 kg = „−2%"	54 kg = „−14%"	23 Mon.	57 kg = „−10%"	17 bzw. 18 Mon.	Zufrieden-stellend
111	72 kg = „+9%"	52,5 kg = „−20%"	31 Mon.	67 kg = „+2%"	22 Mon.	Tuberkul[ose]
112	66 kg = „+12%"	49 kg = „−16%"	40 Mon.	55 kg = „−12%"	3 Mon.	Tuberkul[ose]
113	75,5 kg = „+13%"	52 kg = „−21%"	18 Mon.	68 kg = „+8%"	6 bzw. 19 Mon.	Erholt!
114	71,5 kg = „+23%"	51 kg = „−12%"	11 Mon.	Noch tiefer gesunken!		Tuberkul[ose]
115	86,5 kg = „+31%"	61 kg = „−8%"	28 Mon.	Nicht wesentlich gestiegen!		Verfallen!
116	86 kg = „+37%"	55 kg = „−13%"	27 Mon.	68 kg = „+6%"	26 Mon.	Noch nicht erholt!

Die Fälle 107, 110, 113 müssen klinisch als erholt gelten, trotzdem sie ihr früheres Gewicht nicht oder noch nicht erreicht haben. Dagegen können Nr. 102 und 109, trotz gewichtlicher Erholung, tatsächlich nicht als Erholte gelten. — Wir haben demnach von 15 Kranken, die seit den Jahren 1913—1915 allmählich an Körpergewicht abnahmen nach ihrem jetzigen körperlichen Zustande (Juli 1919!) 13 als nicht erholt anzusehen; also die überwiegende Mehrzahl. Wir finden also wieder, wie auch bei der vorigen Gruppe bestätigt, daß die Kranken, die bereits vor Beginn der schlechten Ernährungsperiode der Kriegszeit schon mit ständigen Gewichtsabnahmen angefangen hatten, sich meist, auch als die Ernährungsverhältnisse in der Anstalt sich wesentlich gebessert haben (von Mitte bis Ende 1917 ab!), nicht mehr recht zu erholen vermögen. Der Grund ist bei 6 der nicht Erholten klar, die Kranken leiden an Tuberkulose.

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung dürfte noch der Hinweis darauf sein, daß von den nicht Tuberkulösen die nicht Erholten, Fall 106, 108, 115, 116, klinisch noch immer recht elend sind, trotzdem ihr derzeitiger Gewichtszustand an und für sich gar kein so auffallend schlechter zahlenmäßig ist. Offenbar liegt für diese Kranken das ihnen als „normal" zukommende Gewicht höher als das *Reichard*sche „Normalgewicht".

Eine weitere Gruppe von Kranken zeigt im Kurvenbilde dieselbe Art der Gewichtsabnahme, wie die vorige, nur setzt die Abnahme bei den Kranken erst im Laufe des Jahres 1916 ein. Die Mehrzahl der Kranken hat im Gewichtskurvenbilde dann die ursprüngliche Gewichtshöhe wiedererreicht, so daß wir folgende ideelle Kurve anzunehmen haben:





Es handelt sich um 32 Kranke — 15 bis zum 45. Lebensjahre einschließlich (Juli 1919!), 17 jenseits des 45. Lebensjahres. Der geistigen Erkrankung nach liegt 29 mal Dementia praecox vor — 11 mal Dementia praecox, 11 mal Dementia paranoides, 7 mal Katatonie —, 1 mal chronische Halluzinose, 1 mal angeborener Schwachsinn, 1 mal degeneratives-moralisches Irresein. — 16 Kranke hätten nach *Rieger-Reichardt* bei Beginn der Gewichtsabnahme „%% zu schwer" gehabt, zwei hätten „normales Gewicht" gehabt, während 14 Kranke „%% zu leicht" gehabt hätten. — Die Einzelheiten zeigt die folgende Zusammenstellung:

Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit c) Gesamtabnahme	Gewichtszunahme a) Abnahme b) Zeit c) bzw. Zunahme	Jetziger Zustand
117	Chron. Halluzinose	60 J.	134 cm (32 kg)	a) 49 kg — 37,5 kg = +55% auf +17% b) 8. 16—7. 17 = 11 Mon. c) 11,5 kg, 23% vom Anfangsgewicht	a) 37,5 kg — 42 kg = +17% auf +37% b) 7. 17—7. 19 = 24 Mon. c) 4,5 kg	Wohlbefinden, arbeitet
118	Dem. praec.	44 J.	169 cm (65 kg)	a) 85 kg — 70 kg = +31% auf +8% b) 6. 16—5. 17 = 11 Mon. c) 15 kg, 18% vom Anfangsgewicht	a) 70 kg — 85 kg — 92 kg = +8% auf +31% auf +42% b) 7. 17—8. 18—7. 19 = 13 Mon. bzw. 26 Mon. c) 22 kg	Immer Wohlbefinden.
119	Katatonie	57 J.	163 cm (61 kg)	a) 81 kg — 57 kg = +33% auf —6% b) 1. 16—7. 17 = 18 Mon. c) 24 kg, 30% vom Anfangsgewicht	a) 57 kg — 81,5 kg = —6% auf +33% b) 7. 17—7. 19 = 24 Mon. c) 24,5 kg	War auf dem niedrigsten Gewicht bettlägerig. Jetzt Wohlbefinden Hausarbeit.
120	Angebor. Schwachsinn	44 J.	163 cm (61 kg)	a) 78 kg — 57 kg = +28% auf —7% b) 6. 16—10. 17 = 16 Mon. c) 21 kg, 27% vom Anfangsgewicht	a) 57 kg — 67 kg = —7% auf +11% b) 10. 17—7. 19 = 21 Mon. c) 10 kg	Sah elend aus. Jetzt erholt.
121	Dem. praec.	51 J.	174 cm (68 kg)	a) 87 kg — 41 kg = +28% auf —40% b) 4. 16—1. 18 = 21 Mon. c) 46 kg, 52% vom Anfangsgewicht	a) 41 kg — 81 kg = —40% auf +18% b) 1. 18—7. 19 = 18 Mon. c) 40 kg	War völlig entkräftet. Jetzt erholt! Noch zu Bett gehalten.



Fall Nr.	Geistes-krankheit	Alter	Körpergröße Normal-gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit c) Gesamtabnahme bzw. Zunahme	Gewichtszunahme	Jetziger Zustand
122	Dem. paranoides	49 J.	158 cm (55 kg)	a) 67,5 kg — 48,5 kg = +23% auf —12% b) 3. 16—5. 17 = 14 Mon. c) 19 kg, 28% vom Anfangsgewicht	a) 48,5 kg — 68 kg = —12% auf +25% b) 5. 17—7. 19 = 26 Mon. c) 19,5 kg	Wohlbefinden.
123	Katatonie	62 J.	158 cm (55 kg)	a) 63 kg — 43 kg = +14% auf —22% b) 4. 16—5. 17 = 13 Mon. c) 20 kg, 32% vom Anfangsgewicht	Auf 43 kg bis 1. 18 = 8 Mon. a) 43 kg — 55 kg = —22% auf „normal" b) 1. 18—7. 19 = 18 Mon. c) 12 kg	Noch immer erholungsbedürftig; war immer zu Bett.
124	Katatonie	36 J.	164 cm (62 kg)	a) 69,5 kg — 44,5 kg = +13% auf —28% b) 1. 16—10. 17 = 21 Mon. c) 25 kg, 36% vom Anfangsgewicht	a) 44,5 kg — 67 kg = —28% auf +8% b) 10 17—7. 19 = 21 Mon. c) 22,5 kg	War sehr elend, jetzt erholt. Wegen Psychose zu Bett.
125	Dem. praec.	62 J.	167 cm (64 kg)	a) 72,5 kg — 54 kg = + 13% auf —16% b) 1. 16—5. 17 = 16 Mon. c) 18 5 kg, 25% vom Anfangsgewicht	a) 54 kg — 72 kg = —16% auf +13% b) 5. 17—7. 19 = 26 Mon. c) 18 kg	Lag entkräftet zu Bett; jetzt erholt, arbeitet im Haus.
126	Dem. praec.	36 J.	170 m (66 kg)	a) 74,5 kg — 56,5 kg = +13% auf —15% b) 8. 16—10. 17 = 14 Mon. c) 18 kg, 24% vom Anfangsgewicht	a) 56,5 kg — 75 kg — 79 kg = —15% auf +14% auf +20% b) 10. 17—5. 19—7. 19 = 19 Mon. bzw. 21 Mon. c) 22,5 kg	Wohlbefinden.
127	Dem. paranoides	49 J.	166 cm (63 kg)	a) 69,5 kg — 56 kg = +12% auf —11% b) 4. 16—6. 17 = 14 Mon. c) 13,5 kg, 19% v. Anfangsgewicht	a) 56 kg — 66,5 kg = —11% auf +6% b) 6. 17—7. 19 = 25 Mon. c) 10,5 kg	Sah elend aus, jetzt leidlich.
128	Dem. praec.	40 J.	165 cm (63 kg)	a) 70 kg — 50,5 kg = +11% auf —21% b) 1. 16—11. 17 = 22 Mon. c) 19,5 kg, 28% vom Anfangsgewicht	a) 50,5 kg — 72 kg = —21% auf +14% b) 11. 17—1. 19 = 14 Mon. c) 21,5 kg	Lag zu Bett, jetzt wohlauf. Kolonne!

Nr.	Geistes-krankheit	Alter	Körper-größe Normal-gewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit c) Gesamtabnahme bzw. Zunahme	Gewichtszunahme	Jetziger Zustand
129	Katatonie	40 J.	158cm (55 kg)	a) 60 kg — 44 kg = +10% auf −20% b) 4. 16—12. 17 = 20 Mon. c) 16 kg, 27% vom Anfangsgewicht	a) 44 kg — 60 kg — 63 kg = −20% auf +10% auf +15% b) 12. 17—2. 19 — 7. 19 = 26 Mon. bzw. 31 Mon. c) 19 kg	Wohlbefinden.
130	Dem. paranoides	46 J.	157 cm (54 kg)	a) 58,5 kg — 45,5 kg = +8% auf −16% b) 2. 16—5. 17 = 15 Mon. c) 13 kg, 22% vom Anfangsgewicht	a) 45,5kg — 59 kg — 62,5 kg = −16% auf +9% auf +16% b) 5. 17—4. 19—7. 19 = 23 Mon. bzw. 26 Mon. c) 17 kg	Immer zu Bett wegen Psychose.
131	Dem. paranoides	60 J.	158 cm (55 kg)	a) 59 kg — 49 kg = +7% auf −11% b) 1. 16—6. 17 = 17 Mon. c) 10 kg, 17% vom Anfangsgewicht	a) 49 kg — 59 kg = 11% auf +7% b) 6. 17—12. 18 = 18 Mon. c) 10 kg	Immer Wohlbefinden.
132	Dem. paranoides	74 J.	169cm (65 kg)	a) 66,5 kg — 59kg = +2% auf −9% b) 1. 16—2.17 = 13 Mon. c) 7,5 kg, 11% vom Anfangsgewicht	Auf ca. 60kg = −8% geblieben!	Immerwohlauf, Hausarbeit!
133	Dem. paranoides	60 J.	168 cm (64 kg)	a) 64 kg — 56 kg = „normal" auf — 12% b) 2. 16—5. 17 = 15 Mon. c) 8 kg, 12% vom Anfangsgewicht	a) 56 kg — 64 kg = —12% auf „normal" b) 5.17—7.19 = 26 Mon. c) 8 kg	Immer Wohlbefinden, Hausarbeit!
134	Dem. paranoides	57 J.	158 cm (55 kg)	a) 55 kg — 40,5 kg = „normal" auf — 27% b) 7. 16—10. 17 = 15 Mon. c) 14,5 kg, 26% vom Anfangsgewicht	a) 40,5 kg — 52,5 kg = —27% auf —5% b) 10. 17—7. 19 = 21 Mon. c) 12 kg	War sehr elend, jetzt leidlich erholt, bedarf aber noch der Bettruhe!



Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit c) Gesamtabnahme	Gewichtszunahme bzw. Zunahme	Jetziger Zustand
135	Dem. paranoides	35 J.	169 cm (65 kg)	a) 63,5 kg — 49,5 kg = −3% auf −24% b) 2. 16—6. 17 = 16 Mon. c) 14 kg, 22% vom Anfangsgewicht	a) 49,5 kg — 61 kg = −24% auf −6% b) 6. 17—7. 19 = 25 Mon. c) 11,5 kg	Auch auf tiefstem Gewicht leidlich wohl!
136	Dem. praec.	56 J.	166 cm (63 kg)	a) 60 kg — 50 kg = −4% auf −21% b) 2. 16—4. 17 = 14 Mon. c) 10 kg, 17% vom Anfangsgewicht	a) 50 kg — 58 kg = −21% auf −8% b) 4. 17—2. 18 = 10 Mon. Ungefähr so geblieben! c) 8 kg	Immer leidlich wohl, Hausindustrie!
137	Dem. praec.	59 J.	169 cm (65 kg)	a) 62,5 kg — 52,5 kg = −5% auf −19% b) 4. 16—6. 17 = 14 Mon. c) 10 kg, 16% vom Anfangsgewicht	a) 52,5 kg — 63 kg = −19% auf −3% b) 6. 17—1. 18 = 7 Mon. Ungefähr so geblieben! c) 10,5 kg	Immer in leidlichem Zustand geblieben und gearbeitet!
138	Moral. (degen.) Irresein	56 J.	168 cm (64 kg)	a) 60 kg — 45 kg = −6% auf −30% b) 1. 16—7. 17 = 18 Mon. c) 15 kg, 25% vom Anfangsgewicht	a) 45 kg — 62 kg = −30% auf −3% b) 7. 17—5. 19 = 22 Mon. c) 17 kg Ungefähr so geblieben!	Sah u. sieht immer abgemagert aus. Dabei immer Wohlbefinden.
139	Dem. praec.	39 J.	170 cm (66 kg)	a) 60 kg — 49,5 kg = −9% auf −25% b) 4. 16—6. 17 = 14 Mon. c) 10,5 kg, 17% v. Anfangsgewicht	a) 49,5 kg — 60 kg = −25% auf −9% b) 6. 17—9. 18 = 15 Mon. c) 10,5 kg	Immer wohl und gearbeitet.
140	Dem. praec.	40 J.	157 cm (54 kg)	a) 49 kg — 40,5 kg = −9% auf −25% b) 4. 16—12. 16 = 8 Mon. c) 8,5 kg, 17% vom Anfangsgewicht	a) 40,5 kg — 50,5 kg = −25% auf −7% b) 12. 16—3. 18 = 15 Mon. c) 10 kg Ungefähr so geblieben!	Immer wohl und gearbeitet!

.	Geisteskrankheit	Alter	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit c) Gesamtabnahme	Gewichtszunahme bzw. Zunahme	Jetziger Zustand
…1	Dem. praec.	39 J.	169 cm (65 kg)	a) 59 kg — 44,5 kg = −9% auf −32% b) 11. 16—10. 17 = 11 Mon. c) 14,5 kg, 25% v. Anfangsgewicht	a) 44,5 kg — 60 kg — 68 kg = −32% auf −8% auf +4% b) 10. 17—9. 18 — 7. 19 = 11 bzw. 21 Mon. c) 15,5 kg bzw. 23,5 kg	War sehr abgemagert, aber nicht bettlägerig. Sieht jetzt gemästet aus!
142	Dem. paranoides	32 J.	165 cm (63 kg)	a) 57,5 kg — 43,5 kg = −9% auf −31% b) 9. 16—7. 17 = 10 Mon. c) 14 kg, 24% vom Anfangsgewicht	a) 43,5 kg — 58 kg = −31% auf −8% b) 7. 17—7. 18 = 12 Mon. c) 14,5 kg So ungefähr geblieben.	Sah abgemagert aus, aber nicht marantisch! Jetzt erholt!
143	Dem. paranoides	55 J.	171 cm (66 kg)	a) 60 kg — 47 kg = −9% auf −28% b) 4. 16—10. 17 = 18 Mon. c) 13 kg, 21% vom Anfangsgewicht	a) 47 kg — 60 kg — 64,5 kg = −28% auf −9% auf −2% b) 10. 17—6. 18 — 7. 19 = 8 Mon. bzw. 21 Mon. c) 17,5 kg	Wie Nr. 142.
144	Katatonie	43 J.	157 cm (54 kg)	a) 48 kg — 38 kg = −12% auf −30% b) 4. 16—1. 17 = 9 Mon. c) 10 kg 21% vom Anfangsgewicht	a) 38 kg — 50 kg = −30% auf −8% b) 1. 17—7. 19 = 30 Mon. c) 12 kg	Wie voriger!
145	Katatonie	45 J.	173 cm (67 kg)	a) 58 kg — 39,5 kg = −15% auf −41% b) 4. 16 — 2. 18 = 22 Mon. c) 18,5 kg, 32% v. Anfangsgewicht	a) 39,5 kg — 50 kg = −41% auf −26% b) 2. 18—7. 19 17 Mon. c) 10,5 kg	Lungentuberkulose!
146	Dem. praec.	35 J.	165 cm (63 kg)	a) 54 kg — 43,5 kg = −15% auf −29% b) 1. 16—4. 17 = 15 Mon. c) 10,5 kg, 20% vom Anfangsgewicht	a) 43,5 kg — 54 kg — 61 kg = −29% auf −15% auf −3% b) Auf rund 44 kg bis 2. 18 = 10 Mon. Steigt seit 2. 18. Bis zur „Erholung" 9. 18 = 7 Mon. Im ganzen bis zur „Erholung" 17 Mon.	War sehr elend, jetzt leidlich erholt!



Fall Nr.	Geisteskrankheit	Alter	Körpergröße Normalgewicht	Gewichtsabnahme a) Abnahme b) Zeit	Gewichtszunahme c) Gesamtabnahme bzw. Zunahme	Jetziger Zustand
147	Dem. paranoides	64 J.	177 cm (71 kg)	a) 60 kg — 43,5 kg = –16% auf –39% b) 6. 16—9. 17 = 15 Mon. c) 16,5 kg, 27% vom Anfangsgewicht	a) 43,5 kg — 60 kg — 67 kg = –39% auf –16% auf –6% b) 9. 17—1. 19—7. 19 = 16 bzw. 22 Mon. c) 23,5 kg	War sehr elend, jetzt glänzend erholt!
148	Katatonie	32 J.	161 cm (60 kg)	a) 50 kg — 40 kg = –17% auf –33% b) 6. 16—8. 18 = 14 Mon. c) 10 kg, 20% vom Anfangsgewicht	a) 40 kg — 50 kg — 60 kg = –33% auf –17% auf „normal" b) 8. 18—1. 19—7. 19 = 5 bzw. 11 Mon. c) 20 kg	War sehr elend, jetzt erholt!

Stellen wir zunächst die gewichtlich „**Nicht-Erholten**" zusammen, so ergibt sich:

Fall Nr.	Ursprüngliches Höchstgewicht	Tiefstes Gewicht	Dauer der Abnahme	Höchstes wieder erreichtes Gewicht	Dauer der Zunahme	Bemerkungen
117	49 kg	37,5 kg	11 Mon.	42 kg	24 Mon.	Wohlbefinden!
120	78 kg	57 kg	16 Mon.	67 kg	21 Mon.	Erholt!
121	87 kg	41 kg	21 Mon.	81 kg	18 Mon.	Erholt!
123	63 kg	43 kg	13 Mon.	55 kg	18 bzw. 26 Mon.	Erholungsbedürftig!
124	69,5 kg	44,5 kg	21 Mon.	67 kg	21 Mon.	Erholt!
127	69,5 kg	56 kg	14 Mon.	66,5 kg	25 Mon.	Leidlich erholt!
132	66,5 kg	59 kg	13 Mon.	60 kg		Wohlauf!
134	55 kg	40,5 kg	15 Mon.	52,5 kg	21 Mon.	Leidlich erholt!
135	63,5 kg	49,5 kg	16 Mon.	61 kg	25 Mon.	Wohlbefinden!
136	60 kg	50 kg	14 Mon.	58 kg	10 Mon.	Wohlbefinden!
145	58 kg	39,5 kg	22 Mon.	50 kg	17 Mon.	Lungentuberkulose!

Bei den „**Erholten**" ergibt sich folgendes:

Fall Nr.	Abnahme	Ursprüngliches Gewicht erreicht	Ursprüngliches Gewicht überschritten	Körperlicher Zustand
118	in 11 Monaten	in 13 Monaten	ja, um 6 kg	Wohlbefinden
119	in 18 Monaten	in 24 Monaten	nicht wesentlich	„
122	in 14 Monaten	in 26 Monaten	„	„
125	in 16 Monaten	in 26 Monaten	„	„



[illegible] r.	Abnahme	Ursprüngliches Gewicht erreicht	Ursprüngliches Gewicht überschritten	Bemerkungen
6	in 14 Monaten	in 19 Monaten	ja, um 4 kg	Wohlbefinden
8	in 22 Monaten	in 14 Monaten	ja, um 2 kg	,,
9	in 20 Monaten	in 26 Monaten	ja, um 3 kg	,,
0	in 15 Monaten	in 23 Monaten	ja, um 4 kg	,,
1	in 17 Monaten	in 18 Monaten	nein	,,
3	in 15 Monaten	in 26 Monaten	nein	,,
7	in 14 Monaten	in 7 Monaten	nicht wesentlich	,,
8	in 18 Monaten	in 22 Monaten	ja, um 2 kg	,,
9	in 14 Monaten	in 15 Monaten	nein	,,
0	in 8 Monaten	in 15 Monaten	ja, um 1,5 kg	,,
1	in 11 Monaten	in 11 Monaten	ja, um 9 kg	,,
2	in 10 Monaten	in 12 Monaten	nicht wesentlich	,,
3	in 18 Monaten	in 8 Monaten	ja, um 4,5 kg	,,
4	in 9 Monaten	in 30 Monaten	ja, um 2 kg	,,
6	in 15 Monaten	in 7 Monaten	ja, um 7 kg	,,
7	in 15 Monaten	in 16 Monaten	ja, um 7 kg	,,
8	in 14 Monaten	in 5 Monaten	ja, um 10 kg	,,

Von den nach dem Gewicht nicht oder wohl noch „Nicht-Erholten" ssen, da das klinische Bild selbstverständlich zu berücksichtigen , die Fälle Nr. 117, 120, 121, 124, 132, 135, 136 als ebenfalls erholt gesehen werden, so daß nur Fall 123 und 145 als nicht erholt, Fall 127 d 134 als fraglich erholt anzusehen sind. — Es ergibt sich demnach, ß von den 32 Kranken, die seit 1916 allmähliche Gewichtsabnahme fzuweisen haben, nur 2 bzw. 4 Kranke sich nicht wieder erholt haben as sind nur 12%!). Das stimmt durchaus mit dem bis jetzt ei den übrigen Gruppen der lebenden Kranken Gefundenen berein: die überwiegende Mehrzahl der Kranken, die erst in der chlimmsten Ernährungsperiode mit Gewichtsabnahmen reagiert hat, e also wohl als reine „kriegsmarantische" Kranke, wenn ich mich ausdrücken darf, aufzufassen sind, vermochte sich, als die Ernährung ieder besser wurde, auch wieder zu erholen, während diejenigen Kranken, ie schon vor der schlechtesten Ernährungsperiode an Gewicht abgeommen hatten, durch die dann einsetzenden Ernährungsschwierigkeiten mitgenommen wurden, daß sie sich auch nach Besserung der Ernährung eist nicht mehr zu erholen vermochten. — Dabei ist wiederum festnstellen, daß die erholten Kranken meist ihre früheren Gewichte zu rreichen suchen und nicht mit der Erreichung des *Reichardt*schen „Normalgewichtes" sich zufrieden geben.

Zu beachten ist bei den Kranken, die verhältnismäßig viel an Gewicht verloren hatten, daß hier durchaus nicht die Kranken in überwiegender Zahl vertreten sind, die schon von Anfang an in besonders „schlechten" Gewichtsverhältnissen sich befunden hätten. (Nach der *Reichardt*schen Art der Gewichtsbewertung, die für diesen Zweck herangezogen werden kann, hätten 13 Kranke „%% zu schwer" und 1 Kranker



„normales“ Gewicht gehabt gegenüber 10 Kranken mit „%% zu leich
Was die Zeit, in der sich die Kranken erholten, angeht, so haben
meisten Kranken mehr Zeit zur Erholung gebraucht, wie zur Abnah
indessen zeigt ein Blick auf die Zusammenstellung S. 44 und 45,
einige Kranke schon in kurzer Zeit ihr früheres Gewicht wieder errei
haben. In dieser Beziehung scheint keine Gesetzmäßigkeit zu
stehen. — Bemerkenswert ist, das nur 1 Kranker von den 32 tuberku
geworden ist.

Zum Schlusse folgt noch eine Gruppe von lebenden Kranken,
unsere Aufmerksamkeit in ganz besonderem Maße fesseln muß, denn
Kranken haben im Gegensatz zu allen bisherigen Fällen ihr Gewi
das sie schon lange vor dem Kriege hatten, auch während dessel
sogar während der schlechtesten Ernährungsperiode ni
geändert, so daß die ideelle Kurve, da das Gewicht sozusagen imn
um denselben Punkt sich dreht, folgendermaßen aussieht:



Die Anzahl der Fälle ist 18. Das Lebensalter ist jetzt (Juli 191
11 Kranke bis zum 45. Lebenalter einschließlich, 7 Kranke vom
Lebensalter ab. — Der geistigen Erkrankung nach handelt es sich
12 Kranke der Dementia praecox-Gruppe — 5 Dementia praecox-Fä
5 Dementia paranoides-Fälle, 1 Hebephrenie, 1 Katatonie —, 3 Epileptik
3 angeboren Schwachsinnige. Die Fälle zeigen folgende Einzelheit

Fall Nr.	Krankheit	Alter	Körpergröße Normalgewicht	Gewichte zwischen	Durchschnittsgewicht	Bemerkungen
149	Dem. praec.	39 J.	161 cm (60 kg)	40,5 und 48 kg Diff.: 7,5 kg	44 kg = −27%	Wegen Psychos immer zu Bett. immer gleich ab magert aus!
150	Dem. paranoides	50 J.	159 cm (57 kg)	45 und 53 kg Diff.: 8 kg	49 kg = −16%	Sieht immer en sprechend aus, beitet!
151	Epilepsie	45 J.	173 cm (67 kg)	53 und 60 kg Diff.: 7 kg	56,5 kg = —16%	Immer gleich woh Hausarbeit!
152	Angebor. Schwachs.	63 J.	158 cm (55 kg)	45 und 50 kg Diff.: 5 kg	47,5 kg = −14%	Immer gleich abg magert aussehe Hausindustrie!
153	Angebor. Schwachs.	57 J.	160 cm (58 kg)	50 und 56 kg Diff.: 6 kg	53 kg = −9%	Immer gleich woh außer Bett.
154	Dem. paranoides	38 J.	162 cm (60 kg)	52 und 60 kg Diff.: 8 kg	56 kg = −7%	Immer gleich ma aussehend. Ha industrie!
155	Katatonie	31 J.	161 cm (60 kg)	52 und 60 kg Diff.: 8 kg	56 kg = −7%	Desgl.



Nr.	Krankheit	Alter	Körpergröße Normalgewicht	Gewichte zwischen	Durchschnittsgewicht	Bemerkungen
56	Dem. paranoides	32 J.	173 cm (67 kg)	60 und 67 kg Diff.: 7 kg	63,5 kg = −5%	Immer wohl, Hausarbeit!
57	Hebephrenie	32 J.	165 cm (63 kg)	59 und 66 kg Diff.: 7 kg	62,5 kg = −1%	Immer wohl, Hausarbeit!
58	Dem. praec.	28 J.	170 cm (66 kg)	61 und 70 kg Diff.: 9 kg	65,5 kg = −1%	Immer wohl, Kolonne
59	Dem. praec.	42 J.	157 cm (54 kg)	50 und 60 kg Diff.: 10 kg	55 kg = +2%	Wegen Psychose immer zu Bett!
60	Epilepsie	43 J.	163 cm (60 kg)	59 und 65 kg Diff.: 6 kg	62 kg = +2%	Immer wohl, etwas Hausarbeit.
61	Dem. paranoides	40 J.	160 cm (50 kg)	56 und 65 kg Diff.: 9 kg	60,5 kg = +4%	Immer wohl, Hausindustrie!
62	Dem. paranoides	50 J.	165 cm (63 kg)	65 und 70 kg Diff.: 5 kg	67,5 kg = +7%	Immer wohl. Außer Bett, beschäftigt sich nicht.
63	Dem. paranoides	57 J.	160 cm (58 kg)	59 und 66 kg Diff.: 7 kg	62,5 kg = +8%	Immer wohl, Hausindustrie!
64	Dem. praec.	31 J.	159 cm (61 kg)	61 und 70 kg Diff.: 9 kg	65,5 kg = +15	Immer wohl, Kolonne!
65	Epilepsie	50 J.	158 cm (55 kg)	60 und 70 kg Diff.: 10 kg	65 kg = +18%	Immer wohl, Hausarbeit!
66	Angeb. Schwachs.	48 J.	145 cm (39 kg)	43,5 und 50 kg Diff.: 6,5 kg	46,7 kg = +20%	Immer wohl, Hausindustrie!

Das Überraschende liegt bei dieser Gruppe darin, daß diese Kranken, im Gegensatz zu den übrigen Kranken, auch in der bösesten Ernährungsperiode die bisherige Art ihres Kurvenbildes nicht aufgaben. Wenn man einwenden würde, diese Kranken hätten vielleicht in der kritischen Zeit eine irgendwie bessere Ernährung erhalten (besondere Zulagen, eventuell von zu Hause!), so muß gesagt werden, daß das nicht der Fall war; übrigens wären solche Zulagen in ihrer Bedeutung wohl auch nicht allzu hoch zu bewerten, sie stellten sozusagen nur einen Tropfen auf einen heißen Stein dar, falls sie nicht ständig in entsprechender Quantität und Qualität zur Verfügung gestanden hätten. (Gerade unter den Kranken mit erheblichen Gewichtsabnahmen befanden sich einige Kranke, die hie und da mal ein „Paket“ von zu Hause erhielten, es hat sie durchaus nicht vor der Gewichtsabnahme geschützt!) Man muß eben annehmen, daß die Kranken der Gruppe sich mit ihrem Organismus auch auf die schlechte Zeit einzustellen verstanden. Die arbeitenden Kranken der Gruppe, also die Mehrzahl, vermochte während der ganzen Kriegszeit weiter zu arbeiten. — Wir sind damit am Schlusse unseres Materials angelangt.

Es ist nötig, daß bei den lebenden Kranken in ihrer Ge samtheit Gefundene kurz zusammenzustellen. Es soll gleicl dem bei den Gestorbenen Gefundenen zum Vergleich gegen übergestellt werden. — Über die Häufigkeit der verschiedener Arten der Gewichtsabnahmen („Kurvenbilder!“) und der Beginn der Gewichtsabnahmen überhaupt in den einzelner Jahren sowie die Beziehungen zu „erholt“ bzw. „nicht erholt“ gibt folgende Zusammenstellung Aufschluß:

	Anzahl	Und zwar Erholte	Von diesen Abnahme seit					Nicht Erholte	Von diesen Abnahme			
			1913	1914	1915	1916	1917		1913	1914	1915	1916
1. AllmählicheAb-Abnahme	47	31		1	2	28		16	3 (3 Tbc.)	3 (1 Tbc.)	6 (4 Tbc.)	4 (1 Tbc.)
2. Keine Änderung des Gewichtsverlaufs	18	18										
3. Erst allmähliche dann rapidere Gewichtsabnahme	13	9		2		7		4	1	2 2) Tbc.)	1	
4. Rapide Stürze .	5	4				1	3	1				
	83	62 =75%						21 =25%				

Also **Erholte** von den Lebenden 75% gegenüber **Nicht-Erholte** 25%. — Dabei haben von den 44 erholten Kranken mit **Gewichtsabnahm** 39 erst seit 1916 bzw. 1917 (also in der bösesten **Ernährungsperiode** abgenommen, gegenüber nur 15 Kranken, die bereits vor **Einsetzen** d bösesten Ernährungsperiode Gewichtsabnahmen **aufwiesen.** — B den 21 Nicht-Erholten ist das entsprechende Verhältnis **dagegen** 5 z **16 Kranken. Wir finden also auch bei Zusammenstellung der Gesamt heit der Lebenden bestätigt, was schon bei der Zusammenstellung un Besprechung der einzelnen Gruppen der Lebenden auffiel: Diejenige Kranken, die schon in der Zeit, in der noch ausreichend Ernährungsbedingungen herrschten, an Gewicht abnahmen erholten sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fäll nicht mehr.**

Sehen wir noch einmal zu, wie das Entsprechende bei den Ge storbenen war:

	Gewichtsabnahme seit 1912—1915 einschl.	von 1916 ab
Tuberkulose	bei 20 Fällen	bei 6 Fällen
Tuberkulose und Marasmus .	bei 9 Fällen	bei 1 Fall
Marasmus	bei 23 Fällen	bei 17 Fällen
Sonstiges	bei 2 Fällen	bei 2 Fällen
	54 Fälle	26 Fälle

Also bei den Gestorbenen Gewichtsabnahmen seit 1912—1915 in 54 Fällen, seit 1916 in 26 Fällen; bei den Lebenden Gewichtsabnahmen seit 1913—1915 in 21 Fällen, seit 1916 in 44 Fällen.

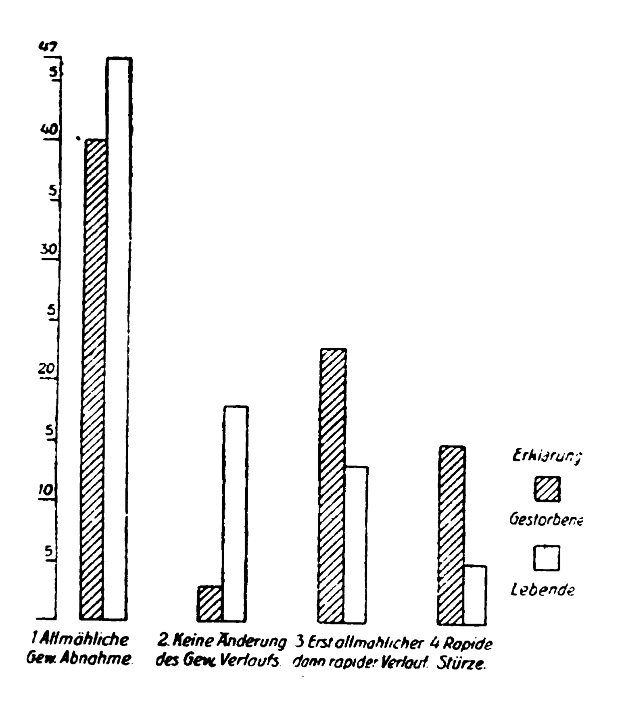
Darnach ist wohl der Schluß gerechtfertigt, daß den Gestorbenen der Umstand, daß sie schon vor Eintritt der schlechtesten Ernährungsperiode (Steckrübenwinter 1916/17!) Gewichtsabnahmen in der Mehrzahl der Fälle aufwiesen, zum Verhängnis wurde, da anzunehmen ist, daß eben die frühzeitige Gewichtsabnahme als der Ausdruck bereits bestehender körperlicher Minderwertigkeit aufzufassen ist: Die mehr oder weniger bereits geschwächten Kranken waren der nun einsetzenden überaus schlechten Zeit nicht mehr gewachsen.

Im Gegensatz dazu traten bei der Mehrzahl der lebenden Kranken Gewichtsabnahmen erst in der bösesten Ernährungszeit auf. Die Kranken vermochten sich eher wieder von den Schäden der Kriegszeit zu erholen. Beachtenswert ist, daß von den Lebenden, was durchaus zu dem Gesagten paßt, die Mehrzahl der nicht Erholten ebenfalls schon Gewichtsabnahmen vor der bösesten Zeit aufweist. (S. vorige Zusammenstellung!) — Wir müssen nun Lebende und Gestorbene noch hinsichtlich der Art der Gewichtsabnahme („Kurvenbilder!") vergleichen. Wir finden:

	Bei den Lebenden	Bei den Gestorbenen
1. Allmähliche Gewichtsabnahme	in 47 Fällen = 56,5%	in 40 Fällen = 48%
2. Keine Änderung des Gewichtsverlaufs	in 18 Fällen = 21,6%	in 3 Fällen = 3,6%
3. Erst allmählicher, dann rapiderer Verlauf	in 13 Fällen = 15,6%	in 25 Fällen = 30%
4. Rapide Stürze	in 5 Fällen = 6%	in 15 Fällen = 18%



Zweifellos hat auch die Art der Gewichtsabnahme wesentlichen Einfluß auf das Ergebnis: „Gestorben“, „Lebend“. Dies läßt sich viel eindruckvoller und umfassender durch graphische Darstellung als durch Worte darstellen. Es zeigt sich dann folgendes Bild:



Hat das Lebensalter Einfluß auf das Ergebnis „erholt“ bzw. „nicht erholt“ gehabt? Es ergibt sich:

Lebensalter		Davon erholt	Davon nicht erholt
bis 45 Jahr:	34 Kranke	30 Kranke = 88,2%	4 Kranke = 11,7%
vom 46. Jahre ab:	49 Kranke	32 Kranke = 65,2%	17 Kranke = 34,6%
Insgesamt:	83 Kranke	62 Kranke	21 Kranke

Einen gewissen Einfluß hat das Lebensalter doch wohl auf das Ergebnis „erholt“ bzw. „nicht erholt“ gehabt, denn von den jüngeren Kranken ist die überwiegende Mehrzahl (88,2%) erholt, während bei den älteren Kranken immerhin 34,6% nicht erholt sind.

Den Einfluß des Anfangsgewichtes nach der Bewertung *Rieger-Reichardts* („%% zu leicht, zu schwer, normal“!) auf das Ergebnis „erholt“ oder „nicht erholt“ zeigt folgende Zusammenstellung:

Es hatten bei Beginn der Gewichtsabnahme	%% zu schwer	Normalgewicht	%% zu leicht
1. bei allmählicher Gewichtsabnahme = 47 Kranke	27 Kranke	2 Kranke	18 Kranke
2. bei keiner Veränderung des Gewichtsverlaufs = 18 Kr. ..	8 Kranke	0 Kranke	10 Kranke
3. bei erst allmählicher, dann rapiderer Gewichtsabnahme = 13 Kranke	8 Kranke	3 Kranke	2 Kranke
4. bei rapider Abnahme = 5 Kr.	0 Kranke	0 Kranke	5 Kranke
	43 Kranke	5 Kranke	35 Kranke
Von diesen	28 erholt	4 erholt	30 erholt
	15 nicht erholt	1 nicht erholt	5 nicht erholt.

Das anfängliche Gewicht nach der Bewertung *Rieger-Reichardts* dürfte demnach keinen wesentlichen Einfluß auf das Ergebnis „erholt“ bzw. „nicht erholt“ gehabt haben.

Es dürfte bei den Erholten noch interessieren, wie sich die Erholung abgespielt hat, d. h. ob sie längere Zeit zur Erholung wie zum Gewichtsverlust benötigten, oder umgekehrt, oder ob sie bei der Erholung ihr früheres Gewicht überschritten usf. Dies ist zwar bei den einzelnen Gruppen schon verzeichnet. Trotzdem dürfte sich eine Gesamtzusammenstellung nochmals empfehlen:

Gewichts-Kurvenbilder	Längere Erholungs- wie Abnahmezeit benötigt	Kürzere Erholungs- wie Abnahmezeit benötigt	Gleiche Erholungs- wie Abnahmezeit benötigt
1. Rapide Stürze 4 Kranke	2 Kranke (2 höheres Gewicht wie ursprünglich erreicht)	2 Kranke (2 höheres Gewicht wie ursprünglich erreicht)	
2. Erst allmählicher, dann rapiderer Verlauf = 9 Kr.	7 Kranke (2 höheres, 1 gleiches, 4 tieferes Gewicht wie ursprünglich)	2 Kranke (1 gleiches, 1 tieferes Gewicht wie früher erreicht)	
3. Allmähliche Abnahme = 30 Kranke [1])	20 Kranke (10 Kranke höheres, 7 gleiches, 3 tieferes Gewicht wie ursprünglich)	9 Kranke (3 Kranke höheres, 1 gleiches, 5 tieferes Gewicht wie ursprünglich)	1 Kranker (1 tieferes Gew. wie ursprünglich)

[1]) Fall 132 ist nur in der Kriegszeit von seinem früheren Gewicht gesunken, aber nicht mehr wesentlich gestiegen, war trotzdem immer wohlauf; er paßt also nicht in die vorliegende Zusammenstellung: daber hier nur 43, statt 44 Erholte!



Demnach benötigten von 43 Kranken: 29 = 67,4% längere Zeit zur Erholung wie zur Gewichtsabnahme, 13 = 30,2% kürzere Zeit zur Erholung wie zur Abnahme, 1 = 2,3% gleiche Zeit zur Erholung wie zur Gewichtsabnahme.

Dabei überschritten 19 Kranke bei der Erholung ihr früheres Gewicht, 10 erreichten ihr früheres Gewicht, 14 blieben (trotz klinischer Erholung!) unter dem früheren Gewicht.

Zusammenfassung: Auch von den 83 Lebenden, die bezüglich ihrer Körpergewichtsverhältnisse während der Kriegszeit zur Untersuchung kamen, wiesen 65, das sind rund 78%, zum Teil erhebliche Gewichtsabnahmen auf. Bei ihnen fanden sich nach der Art des Gewichtkurvenverlaufs die auch bei den Gestorbenen gefundenen Typen („allmählicher Verlauf“, „rapide Stürze“ usf.!); indessen waren bei den Kranken, die die Kriegszeit überstanden, im Vergleich zu den Gestorbenen zahlenmäßig die Kurvenbilder mit Gewichtsstürzen („rapide Stürze“, „erst allmählicher, dann rapider Verlauf“!) erheblich seltener vertreten zugunsten der Kurvenbilder mit allmählicher Abnahme. Daneben finden wir bei den Lebenden auch eine ganze Anzahl Kranker, die bemerkenswerterweise in der Kriegszeit keine Gewichtsabnahmen aufweisen. Daß das vor Beginn der Gewichtsabnahme bestehende Gewicht nach der Bewertung *Reichardts* („%% zu schwer“ usf.!) auf die Art des Gewichtskurvenverlaufs („Kurvenbilder“) einen Einfluß ausgeübt hätte, indem etwa Leute mit anfänglich „hohen“ Gewichtswerten („% zu schwer“!) durchwegs eine schonendere Art (allmählicher Abstieg!) während der Kriegszeit gewählt hatten oder „weniger“ an Gewicht verloren hätten, ließ sich nicht feststellen. Ganz unbeeinflußt von der „Höhe“ oder Tiefe des bisherigen Gewichts wählte, scheinbar regellos, der eine Fall die, der andere Fall jene Art der Gewichtsabnahme oder behielt auch die bisherige Art des Gewichtskurvenbildes bei, indem die Fälle im einzelnen ganz nach ihrer Art auf die Kriegsernährungsverhältnisse reagierten. Überraschenderweise überstanden so recht viele Kranke die Kriegszeit tadellos, denen man von vornherein nach ihren Gewichtsverhältnissen eine schlechte Prognose gestellt hätte, und umgekehrt, denn auch auf das Ergebnis „erholt“ bzw. „nicht erholt“ hatte das ursprüngliche Gewicht nach *Reichardt*scher Bewertung keinen Einfluß. — Wie stand es überhaupt mit der Erholung? Ungefähr seit Mitte 1917 trat entsprechend der Besserung der Ernährungsverhältnisse auch eine Besserung der Körpergewichtsverhältnisse und damit Hand in Hand gehend auch des körperlichen



Zustandes ein, so daß schließlich die überwiegende Mehrzahl der Kranken (75%!) als wieder erholt gelten mußte. Hierbei ließ sich feststellen, daß in der Mehrzahl diejenigen Kranken unter den erholten vertreten waren, die erst in der bösesten Ernährungsperiode (Steckrübenwinter!) mit Gewichtsabnahmen angefangen hatten, während diejenigen Kranken, die schon vor der eigentlich bösen Ernährungsperiode an Gewicht abgenommen hatten, betreffs Erholung viel schlechter gestellt waren (zum Teil wurden sie tuberkulös!). Das entspricht durchaus auch dem bei den Gestorbenen Gefundenen, wo die Mehrzahl schon frühzeitige Gewichtsabnahme aufwies. — Einen gewissen Einfluß scheint auch das höhere oder jüngere Lebensalter auf das Ergebnis „erholt" oder „nicht erholt" ausgeübt zu haben: die alten Kranken waren anscheinend mehr gefährdet. — Was die Zeit angeht, die die Erholung beanspruchte, so brauchten die meisten Kranken (67,4%!) längere Zeit zur Erholung wie zur Gewichtsabnahme. Viele Kranke überstiegen dann bei dem „Reparationsbestreben des Körpers" ihr ursprüngliches Gewicht; einige Kranke blieben im Gegensatz dazu auch, als sie bereits klinisch erholt waren, unter ihrem ursprünglichen Gewicht. (Noch längere Erholungszeit nötig?, früher „zu hohes" Gewicht?) Zwei Kranke wurden auffälligerweise trotz gewichtlicher Erholung tuberkulös!

Es muß zum Schlusse noch auf die *Rieger-Reichardt*sche Bewertung des Körpergewichtes und seine Beziehung zur Körpergröße eingegangen werden. Diese Autoren setzen bekanntlich das Körpergewicht in Beziehung zur Körpergröße, wobei sie nach einer Tabelle für eine bestimmte Körpergröße immer ein bestimmtes Gewicht als „Normalgewicht" fordern. Dementsprechend sagen sie von einem Menschen, er habe „normales" Gewicht oder er sei so und so viel „% zu leicht" bzw. „% zu schwer". *Reichardt* gibt zwar zu, daß durch „unbekannte individuelle Körpergewichtsveranlagung die tatsächlichen Gewichtsverhältnisse andere sein können . . .", meint aber, daß „beträchtlichere, in der Anlage angeborene Anomalien des Körpergewichtes nicht häufig" zu sein schienen. — Können wir nun diese Meinung der Würzburger Schule durch unsere Befunde bestätigen? Meines Erachtens nein! Die Richtigkeit der *Reichardt*schen Art der Bewertung der Körpergewichte ließ sich unter gewöhnlichen Umständen nicht nachprüfen! Bedingungen, die eine Nachprüfung gestatten, haben uns aber die Kriegsverhältnisse mit ihren Ernährungsschwierigkeiten geschaffen. Zunächst einmal konnten wir eine Anzahl von Menschen beobachten, die infolge reiner Unterernährung (ohne Hirntod!) gestorben sind. Wir sind damit in der Lage, auf die von *Reichardt* angeschnittene Frage, welche Grade der Abmagerung (im Vergleich zum Durchschnittsgewicht!) außerhalb der Hirn-



pathologie überhaupt vorkommen, einzugehen. *Reichardt* kommt zu dem Ergebnisse, daß als unterste Grenze der Abmagerung, welche den Todeseintritt verständlich mache („abgesehen von individuellen Verschiedenheiten" — die *Reichardt* aber im allgemeinen als „glücklicherweise nicht häufig" vernachlässigen zu dürfen glaubt), „45 bis 50 bis 55% (!!) des Durchschnittsgewichtes" anzusehen sei. Nun sehe man sich einmal bei unseren Gestorbenen an, welche unterste Werte nach *Reichardt*scher Berechnung bei denjenigen Kranken, die an reinem Ernährungs-„Marasmus" während der Kriegszeit starben, gefunden worden sind. Ohne weiteres fällt einem dann auf, in wie weiten Grenzen die untersten Gewichtswerte, nach *Reichardt*scher Art bestimmt, schwanken. Über diese Tatsache kann auch nicht der vielleicht zu erwartende Einwurf, diese Fälle könnten nicht herangezogen werden, da über die wirklichen Endgewichtswerte der Umstand, daß sie ja z. T. noch Ödeme gehabt hätten, hinwegtäuschen; es können dann noch genügend Fälle ohne ausgesprochene Ödeme, schließlich ja auch die Fälle, die an chronischer Tuberkulose gestorben sind (entsprechend dem Vorgehen *Reichardt*s in seiner Zusammenstellung 6. Heft S. 33!), zu deren zehrenden Charakter ja gehört, daß sie den Menschen an den untersten Rand des Gewichtes bringen, herangezogen werden. Ist dies aber richtig, daß derartige Kranke beim Tode an den untersten Rand ihres Gewichtes gelangt sind, woran zu zweifeln ja keine Veranlassung vorliegt, dann muß notwendigerweise angenommen werden, daß für Kranke, die mit verhältnismäßig guten Gewichtswerten (im *Reichardt*schen Sinne!) bereits an Entkräftung starben, das „Normalgewicht" entsprechend höher zu setzen wäre, und umgekehrt. Mit anderen Worten: für solche Fälle, die nach meinem Material keine Ausnahmen sind, würde das *Rieger-Reichardt*sche „Normalgewicht" nicht stimmen. — Damit aber nicht genug! Viel mehr zu denken geben die Feststellungen, die man bei den Lebenden, die sich von den Kriegsernährungsschäden erholt haben, machen kann. Wenn man sich hier die einzelnen Fälle (siehe die entsprechenden Zusammenstellungen!) ansieht, sich eventuell die entsprechenden Gewichtskurven an der Hand der in den Einzelzusammenstellungen gegebenen Daten ihrem Wesen nach rekonstruiert, merkt man, wie viele Kranke, wenn sie einmal auf dem Wege der Erholung sind, sich nicht damit begnügen, das zu ihrer Körpergröße passende *Rieger-Reichardt*sche „Normalgewicht" zu erreichen — oft sind sie bei diesem „Normalgewicht" auch klinisch noch gar nicht erholt gewesen —, sondern diese Kranken streben unaufhaltsam wieder denjenigen Gewichtswerten zu, die sie auch in früherer „guter" Zeit gehabt hatten, offenbar deshalb, weil sich „ihr" Normalgewicht „eben hier und nicht beim *Reichardt*schen" Normalgewicht befindet. — Ferner sehe man sich noch einmal diejenigen Fälle an, die bemerkenswerterweise nicht auf die Kriegsernährung reagiert haben (Nr. 149—166!). Von diesen haben sich nach ihren durchschnittlichen Werten eine ganze Anzahl unter dem „Normalgewicht" befunden, trotzdem haben diese Kranken nicht auf die Kriegsernährung mit Gewichtsabnahmen reagiert. Wenn die Kranken tatsächlich mit ihren so und so viel „Prozent zu leicht" unter „ihrem" Normalgewicht gewesen



wären, d. h. doch im medizinischen Sinne, wenn nicht „krank", so doch körperlich nicht normal gewesen wären, hätten sie notwendigerweise bei der enorm schlechten Ernährung eben als nicht körperlich „Normale" mit Gewichtsabnahmen reagieren müssen. Sie haben es aber tatsächlich nicht getan, sondern haben ihr früheres, doch offenbar für ihre Verhältnisse durchaus entsprechende Gewicht beibehalten, weil es eben ihr Normalgewicht war. Sie sind zur Bestätigung dessen, als dann die Ernährung eine wesentlich bessere wurde, auch nicht, wie etwa die „Erholten" mit hohen normalen Gewichten, in die Höhe gegangen, sondern haben auch dann ruhig „ihr" eben „tiefes" Gewicht beibehalten. — Diese Feststellungen, die, wie oben erwähnt, eben nur unter den durch die Kriegsverhältnisse gegebenen Bedingungen gemacht werden konnten, müssen m. E. davor warnen, sich allzu sehr an rein schematische Daten betreffend „Normalgewicht" anzuklammern.

Allgemeine Zusammenfassung. — Geben wir uns nun noch einmal kurz Rechenschaft darüber, was wir bei Studium der Körpergewichtsverhältnisse von 166 Kranken während der Kriegszeit als Wesentliches gefunden haben: Die Ernährungsverhältnisse waren in der ersten Kriegszeit auch in der Anstalt noch verhältnismäßig gute, erst allmählich wurden sie schlechter. Ihren Höhepunkt erreichte die schlechte Ernährung im Winter 1916/17, dem berüchtigten „Steckrübenwinter". In diesem Winter und dem folgenden Frühjahr setzte in der Anstalt ein Massensterben ein von Kranken, die der „Ödemkrankheit", einer Inanitions-„Krankheit", erlagen; weiterhin forderte dann die Tuberkulose ganz enorme Opfer unter den Kranken. Studiert man an der Hand der Gewichtskurven die Verhältnisse, so findet man, daß gewisse Kranke in keiner Weise sich auf die schlechten Verhältnisse im Winter 1916/17 einzustellen vermögen. Sie reagieren auf die schlechte und ungenügende Ernährung in geradezu erschreckender Weise, indem sie innerhalb weniger Monate sturzweise mit ihren Gewichten sinken und an allgemeiner Inanition sterben. Nur ganz wenige derartig reagierende Kranke kommen mit dem Leben davon. Dabei finden sich noch Unterschiede bei dieser Gruppe. Bei einer Anzahl der Kranken setzt der unaufhaltsame Zusammenbruch sozusagen ohne Vorboten ein, während bei anderen derselbe durch eine schon in noch guter Ernährungszeit bereits einsetzende allmähliche Gewichtsabnahme in gewisser Weise begreiflich gemacht wird. Andere Kranke sind anscheinend widerstandsfähiger gegenüber den bösen Ernährungsverhältnissen. Sie vermögen sich doch etwas auf die herrschenden Verhältnisse mit ihrem Organismus einzustellen: Auch sie nehmen ständig an Gewicht ab, aber nicht so rapid und nicht mit so gewaltigen Gewichtsstürzen, sondern mehr schrittweise. Auch hier finden wir einen



wesentlichen Unterschied, der zumal auf den Endausgang einen unverkennbaren Einfluß gewinnt. Wie bei den vorigen haben manche Kranke schon in noch guter Ernährungszeit bereits ständige Gewichtsabnahmen aufzuweisen. Diese sind aber in der bösen Zeit anscheinend viel gefährdeter. Trotzdem sie in zunächst nicht so deletärer Weise auf die schlechte Ernährung reagieren, zollen sie ihr doch noch ihren Tribut, indem sie sich, als die Verhältnisse sich wieder bessern, entweder nicht mehr recht zu erholen vermögen, oder indem sie tuberkulös werden, um so noch als Kriegsopfer zu sterben. Letzteres ist bei der überwiegenden Mehrzahl derartiger Kranker der Fall. Weit besser sind diejenigen Kranken daran, die erst in der bösesten Ernährungsperiode mit der milderen Art der allmählichen Gewichtsabnahme reagieren. Es zeigt sich, daß diese Kranken in der überwiegenden Mehrzahl sich wieder völlig zu erholen vermögen, sobald die Ernährungsverhältnisse wieder besser werden. Außerdem haben wir aber bei unseren Kranken auch eine ganze Anzahl kennen gelernt, die überhaupt nicht auf die schlechte Ernährung reagiert haben.

Was folgern wir nun aus dem Gefundenen? Die beschriebene Art der verschiedenen Reaktion auf die schlechte Ernährungsperiode geht über das Zufällige zweifellos hinaus. Wenn wir sehen, daß es Individuen gibt, die in ganz exquisiter Weise auf die Ernährungsschädigung reagieren, so daß sie in keiner Weise sich auf die veränderten Verhältnisse einzustellen vermögen, während andere doch wenigstens den Versuch machen, der eventuell ja auch gelingt, wieder andere überhaupt keine Gewichtsveränderungen gezeigt haben, weil sie offenbar sich mit ihrem Organismus sofort auch auf die veränderte Lage einzustellen vermochten, weiterhin einige Kranke zwar nicht direkt marantisch, dafür aber tuberkulös wurden, so muß das doch alles seine tieferen Gründe haben. Das gruppenweise Zusammenstellen dürfte über rein Äußerliches herausgehen. Es zeigt, daß wir in bezug auf den Stoffwechsel ebenfalls Gruppen von Individuen zu unterscheiden haben, wenn sich diese Gruppen auch nicht notwendigerweise mit unseren „Gruppen" im einzelnen zu decken brauchen. — Von diesem Standpunkte aus würden die Ergebnisse der Gewichtsbefunde also nur indikatorisch nach der angegebenen Richtung zu verwerten sein.

Sehen wir aber davon ab und fragen wir uns, was vom rein praktischen Standpunkte aus das Studium der Gewichtsverhältnisse infolge der Kriegszeit uns gelehrt hat. Wir wollten, wie in der Einleitung bemerkt worden ist, an der Hand der Gewichtskurven event.



esichtspunkte erwerben, die uns gestatten, die durch den Krieg ɜrursachten Veränderungen zu würdigen, vielleicht auch die jetzigen erhältnisse in der Anstalt besser zu beurteilen. Ist dies gelungen? :h glaube, bis zu einem gewissen Punkte, ja. Man kann m. E., wenn an sich gewöhnt hat, die Gewichtskurven der Kranken von dem ɔen erwähnten Standpunkte aus zu betrachten, recht gut sich ein rteil über den derzeitigen körperlichen Zustand seiner Kranken, lden. Es sei deshalb gestattet, noch kurz darauf einzugehen, wie ıgenblicklich die Verhältnisse bei einem Krankenmaterial, das in der lauptsache ruhige, zum Teil arbeitende Kranke umfaßt, liegen. Venn man die Gewichtskurven in der Art betrachtet, wie es oben ıseinandergesetzt ist, damit den tatsächlichen körperlichen Zustand ɜr Kranken vergleicht, vor allem auch über Temperatur usf. durch ɜgelmäßige Feststellungen unterrichtet ist, kommt man zu dem rgebnis, daß wir bei dem jetzigen Krankenmaterial nicht mehr lzu sehr mit den Kriegsfolgen zu rechnen haben. Diese erfreuliche eststellung kann uns auch nicht besonders wundernehmen. Wenn an sich nochmals ins Gedächtnis zurückruft, wie fürchterlich die rnährungsverhältnisse in der Kriegszeit gewesen sind, muß man ch von vornherein sagen, daß diejenigen Kranken, die derartige erhältnisse überstanden haben, schon von vornherein ein be- ɔnders widerstandsfähiger Stamm sind. Die übriggebliebenen ranken haben durchwegs ihre früheren Gewichte wieder erreicht. uch mit einer außergewöhnlichen Vermehrung der Tuberkulosen s Erbteil der Kriegszeit brauchen wir m. E. in der Anstalt nicht ı rechnen. Auch in dieser Beziehung hat der Krieg bereits seinen nteil gefordert. Wir werden in der Beziehung, wenn die Ernährungs- erhältnisse weiterhin günstig bleiben, wieder mit den früheren Ver- ältnissen zu rechnen haben. Kommt man so, speziell auch, was die uberkulose angeht, für unsere Anstaltsverhältnisse zu einer opti- nistischeren Auffassung der Lage, so braucht dies für die Verhältnisse außerhalb der Anstalt durchaus nicht zuzutreffen.

Literatur.

1. *Werner*, Krieg und Krankenbestand, Statistisches aus der Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt Bedburg-Hau. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 41/42, 1919/20.
2. *Moritz*, Beobachtung an Ödemkranken. Münch. med. Wschr., 66. Jahrg., S. 852.
3. Jahresbericht der Heilanstalt Werneck 1916—1917. Würzburg 1918.
4. Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg, herausgegeben von *M. Reichardt*, 6. Heft. Jena, Gustav Fischer, 1911.



Die Sterblichkeit der Geisteskranken in den säc sischen Anstalten während des Krieges.

Von

Georg Ilberg (Sonnenstein).

In den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten Sachse sind während der vier Kriegsjahre 6112 Geisteskranke gestorbe In den Jahren 1911 bis mit 1914 starben nur 1784, das sind durc schnittlich 446 im Jahr. In den beiden Nachkriegsjahren 1919 u 1920 betrug der Verlust noch zusammen 1243.

In der staatlichen Pflegeanstalt Colditz starben während d Kriegsjahre 560 Geisteskranke, während vor dem Krieg rund 22 Jahr eingingen. Auch im Jahre 1919 war die Durchschnittszahl d Toten noch ungefähr um das Vierfache erhöht.

In der Epileptikeranstalt Hochweitzschen handelte es s vor dem Krieg bei einer Zahl von 900 Kranken im Durchschnitt jä lich um 35 Todesfälle, von 1915 bis 1918 starben jedoch bei einem n wenig höheren Krankenbestand insgesamt 343, und namentlich Jahre 1919, aber auch noch im Jahre 1920 starben mehr Epilepti als vor dem Krieg.

In der Abteilung für Geisteskranke zu Waldheim starb vor dem Krieg durchschnittlich 8, von 1915—1918 insgesamt jedoch 1

In der Leipziger Universitäts-Irren- und -Nerve klinik starben während der Kriegsjahre von 1915—1918 281, währe bei einem sogar etwas höheren Krankenbestand in den vier Jahr vor dem Krieg nur durchschnittlich 60 im Jahre verstarben. Na dem Krieg ging hier die Mortalitätszahl bald wieder auf die vor de Krieg festgestellte Höhe zurück.

In der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Dresde mit Luisenhaus sind während des Kriegs von 1915—1918 2301 Pe sonen gestorben. Vorher starben und zwar bei einem höheren Kranke bestand im Jahre durchschnittlich 388. Auch in den Jahren na dem Krieg gingen die Todesfälle über den erfahrunggemäß fe gestellten früheren Durchschnitt hinaus.

In der städtischen Nervenheilanstalt Chemnitz starben or dem Krieg jährlich etwa 104, von 1915—1918 insgesamt 479.

Bei einer Berechnung der Kriegsopfer muß jedoch Rücksicht geommen werden auf das jeweilige Verhältnis der Zahl der Toten zur Höhe les Bestands am Jahresanfang und des Zugangs im Laufe des Jahres. Dieses prozentuale Verhältnis hat in den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten Sachsens vor dem Krieg 1910—1913 durchschnittich 6,3% betragen. Schon 1914 stieg es auf 8,3, 1915 auf 11,7, 1916 auf 15,9%, 1917 erreichte es die Höhe von 30,4% ! Trotz der seit 1917 einsetzenden fortschreitenden Bestandsabnahme betrug das prozentuale Verhältnis der Verstorbenen zur Zahl der Verpflegten 1918 noch 26%, 1919 stellte es sich auf 16%, 1920 ist es auf 8,8% heruntergegangen. In allen staatlichen Heil- und Pflegeanstalten lag das Maximum der Todesfälle im Jahre 1917, nur in Hubertusburg kam es erst 1918 zum Maximum.

Nimmt man auf die verschiedene Größe des Krankenbestands vor, während und nach dem Krieg Rücksicht, so kommt man zu folgender Höhe der Kriegsopfer — lediglich in den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten: 1915: 431; 1916: 798; 1917: 1863; 1918: 1143; 1919: 481; 1920: 133; insgesamt 4849, das heißt: 4849 Geisteskranke starben in den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten in den genannten Jahren mehr als erfahrunggemäß bei entsprechendem Bestand vor dem Krieg zu sterben pflegten.

In der staatlichen Pflegeanstalt Colditz lag das prozentuale Maximum ebenfalls im Jahr 1917 und betrug hier 36,75%; in den Vorkriegsjahren hatte die Mortalität sich in Colditz auf 3,46% gestellt. Es ist also die Zahl der Kriegsopfer in Colditz auf 550 zu berechnen.

In der der Strafanstalt Waldheim angegliederten Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke mit Zweiganstalt Bautzen betrug die Mortalität vor dem Krieg durchschnittlich 1,7% und 1915: 2,69%, 1916: 4,86%, 1917: 9,13% und 1918: 11,27%. Die Zahl der Kriegsopfer belief sich hier auf 94.

Anders haben sich die Verhältnisse in der Epileptikeranstalt Hochweitzschen gestaltet. Schon in den Vorkriegsjahren war hier die prozentuale Todeszahl geringer als in den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten. Sie belief sich auf 3,75%. In den ersten Kriegsjahren stieg sie nur auf 4,35 und auch 1917 und 1918 nur auf 14,4 bzw. 14,2%. Immerhin haben auch hier, wenn man die Höhe des Bestandes in Rechnunge zieht, 245 Epileptiker als Kriegsopfer zu gelten.

In der Leipziger Universitätsirrenklinik hat das prozentuale Verhältnis der Verstorbenen zur Zahl der Verpflegten vor dem Krieg 5,24% betragen, in den ersten Kriegsjahren stieg es auf über 6, in den letzten beiden Kriegsjahren auf 10,2 bzw. 10,5%. Nur 1919 war die Mortalität hier noch höher als vor dem Krieg, 1920 war sie sogar geringer als vor dem Krieg; jedoch auch hier sind nicht weniger als 113 Kranke mehr gestorben als erfahrunggemäß hätten sterben dürfen.

Wiederum besonders zu beurteilen ist die städtische Heil- und Pflegeanstalt Dresden nebst Luisenhaus. Die Todeszahl stellte sich hier vor dem Krieg schon auf 10,5% im Durchschnitt, im Jahre 1914



stieg sie auf ziemlich 12%, war im Jahr 1915 ein wenig geringer, betr
1916: 16%, 1917: 25,6%, 1918 sank sie wieder auf 24,3%, 1919 auf
und 1920 auf rund 14%. Die Zahl der Kriegsopfer beträgt in der genannt
Dresdener Anstalt 1530. Hierbei sind eingerechnet 485, die im Jah
1919 und 1920 mehr starben als dies nach den Erfahrungen vor dem Kri
zu erwarten gewesen wäre.

In der städtischen Nervenheilanstalt Chemnitz müssen d
Verhältnisse anders gewesen sein als anderwärts, jedenfalls lag hier da
Maximum der Todesfälle mit 16% im Jahr 1915 und war im Jahr 19
niedriger als in den Vorkriegsjahren. Worauf das beruht, ist mir nic
bekannt; vor dem Krieg betrug die Mortalität durchschnittlich 10,29%
Die Zahl der Kriegsopfer ist in der genannten Anstalt auf 99 zu bemesse

Nach alledem war das prozentuale Mortalitätsverhältnis in de
Landesanstalten vor dem Krieg günstiger als in der Dresdener un
Chemnitzer Anstalt. Voraussichtlich werden hier verhältnismäßig meh
akut schwer Erkrankte aufgenommen, von denen nicht wenige bal
sterben. Vor und im Krieg ist der Prozentsatz in der Epileptikeransta
Hochweitzschen wesentlich günstiger gewesen als in den staatlichen un
städtischen Irrenanstalten. Die Epileptiker haben sich offenbar eine
besonderen Widerstandsfähigkeit erfreut.

Addiert man die Zahlen der Kriegsopfer, so ergibt sich di
Summe von 7480 Geistes- und Nervenkranken, die in staatliche
und städtischen Anstalten Sachsens dem Krieg zum Opfer gefalle
sind, und zwar, wie nochmals ausdrücklich hervorgehoben sei, sin
von diesen 7480 abgerechnet alle diejenigen, die ohne Krieg erfahrung
gemäß gestorben wären.

Bei Untersuchung der Frage, ob die Paralyse bei der Sterb-
lichkeit der Geisteskranken während des Krieges in den staatlichen
Heil- und Pflegeanstalten eine besondere Rolle gespielt hat, ergibt
sich zunächst, daß während des Krieges bis 1917 mehr Paralytiker
vorhanden waren als jemals zuvor. In den beiden letzten Kriegs-
jahren senkte sich die absolute Zahl der in den staatlichen Anstalten
vorhandenen Paralytiker wieder, auch 1919. 1920 ist sie aber nicht
unerheblich wieder gestiegen [1]). Ganz parallel mit der Zahl der jähr-
lich verpflegten Paralytiker vermehrte und verminderte sich die Zahl
der an Paralyse Gestorbenen [2]). Das prozentuale Verhältnis der

[1]) Es wurden verpflegt im Jahre

1914	597	(439 m. 158 w.)	davon starben	212	(160 m. 52 w.)
1915	692	(513 ,, 179 ,,)	,, ,,	292	(231 ,, 61 ,,)
1916	750	(542 ,, 208 ,,)	,, ,,	357	(264 ,, 93 ,,)
1917	662	(483 ,, 179 ,,)	,, ,,	363	(258 ,, 105 ,,)
1918	483	(347 ,, 136 ,,)	,, ,,	229	(174 ,, 55 ,,)
1919	438	(309 ,, 129 ,,)	,, ,,	173	(126 ,, 47 ,,)
1920	567	(407 ,, 160 ,,)	,, ,,	200	(154 ,, 46 ,,)

[2]) Das Verhältnis der in den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten

storbenen Paralytiker zur Gesamtzahl der im betreffenden Jahr den staatlichen Anstalten vorhandenen Paralytiker erreichte das ximum mit 54,8% im Jahre 1917 bei männlichen und weiblichen sammen, bei weiblichen allein war es noch höher: 58,6%. Diese he prozentuale Sterblichkeit hat sich von 1918—1920 wieder erblich vermindert [1]).

Ein Vergleich der Todesursachen, denen die meisten Geistesınken vor dem Krieg und während der Kriegsjahre erlagen, lehrt gendes: Eine mäßige Erhöhung trat während des Krieges ein bei den Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße Gestorbenen, er nur während der ersten drei Kriegsjahre, im 4. Jahr senkte sich das ɔzentuale Verhältnis der an Herz- und Gefäßkrankheiten Verstorbenen r Gesamtzahl der Toten. An Magen- und Darmkatarrhen außer ıhr und Typhus mehrte sich die Prozentzahl der Todesfälle 1916 d 1917, 1918 ging die Zahl wieder herunter. — Die Todesfälle an Ruhr ren in den staatlichen Anstalten 1910—1912 sehr gering. 1913 begen sie 3%, 1914: 6%, 1915 stiegen die Ruhrtodesfälle auf 16% der samten Todesfälle. Durchschnittlich betrugen sie in den vier Kriegsıren 15,6%. — Die Todesfälle an Typhus waren vor und während s Krieges unerheblich. In den Vorkriegsjahren und in den Kriegsjahren ıchte die Zahl der Typhustodesfälle nur 0,42% der gesamten Todesle aus. Der Typhus hat also während des Krieges in den Irrenanstalten ht viel Opfer gefordert, seine Bedeutung ist gar nicht zu vergleichen t der verheerenden Wirkung der Ruhr. — Die Influenza führte mentlich im Jahre 1918 zu Todesfällen, letztere erscheinen im genannten ıhr mit 4%. — Nierenentzündung machte nur einen geringen Prozenttz aus, war aber immerhin etwas häufiger als vor dem Kriege. — Beutend waren die Todesfälle an Kriegsödem, welche 1917: 9% und 18: 7% betrugen. — Lungenkrankheiten außer Tuberkulose ngen während des Krieges zurück. Hatten sie vor dem Krieg den durchhnittlichen Prozentsatz von 15%, so senkte sich ihre Zahl während des rieges auf durchschnittlich 6,6%. — In erschreckender Weise vermehrte ch aber in allen Anstalten die Zahl der Tuberkulösen. Die durchhnittliche Zahl der Tuberkulosentodesfälle betrug vor dem Krieg 16,17%, ährend des Krieges jedoch durchschnittlich 27%, im letzten Kriegsıhr erreichte die Zahl ihren höchsten Wert mit 41,2% aller Todesfälle. uch in der Epileptikeranstalt Hochweitzschen, wo die Tuberkulose vor

---

erstorbenen männlichen und weiblichen Paralytiker zusammen zur esamtzahl der im betreffenden Jahre verpflegten Paralytiker betrug 914 35,5%; 1915 42,2%; 1916 47,6%; 1917 54,8%; 1918 46,9%; 1919 0,7%; 1920 37,8%.

[1]) Daß sich unter der Gesamtzahl der Toten während des Krieges elativ mehr Paralytiker befunden hätten, ist nicht der Fall. Das proentuale Verhältnis der an Paralyse Gestorbenen zur Gesamtzahl der erstorbenen Geisteskranken senkte sich um so mehr, je länger der Krieg lauerte.



dem Krieg nur selten vorkam, fielen ihr während des Krieges gegen 1
Personen zum Opfer, und zwar in den beiden letzten Kriegsjahren ziemli
achtmal soviel als in den ersten beiden. — Interessant endlich ist es, d
die Krebserkrankungen sich während des Krieges bei den Geisteskran
deutlich vermindert haben, die Todesfälle an Krebs betrugen in d
Vorkriegsjahren 3,34, während des Krieges befanden sich unter der G
samtzahl der Toten in den staatlichen Irrenanstalten dagegen nur 0,9
Krebskranke, und zwar gingen diese Erkrankungen von Jahr zu Ja
mehr zurück.

Viele körperliche Krankheiten, insbesondere Darmkatarrhe u
Blutarmut, schwächten während der Kriegszeit die Geisteskrank
Hautkrankheiten, besonders Furunkulose und Skabies vermehrten si
infolge des Mangels an Seife und infolge der Einschränkung der Bäd
Das Kriegsödem trat oft allein, oft in Verbindung mit Tuberkulose u
mit Ruhr auf; es betraf oft nicht nur die Beine, die Hände und das Gesic
auch in Brust- und Bauchhöhle kam es zu Flüssigkeitsansammlung
Viele ausgesprochene Ruhrfälle und viele ruhrverdächtige Erkrankung
entwickelten sich namentlich unter dem Einfluß der Kohlrübenernähru
und besserten sich erst nach Änderung der Diät. Nicht selten komplizie
sich die Ruhr mit Nierenentzündung. Sehr häufig verschlimmerte
Ruhr bestehende Tuberkulose. (Zuweilen war es rein klinisch nicht mö
lich, Paratyphus von Ruhr zu unterscheiden. Durch ausgedehnte bakter
logische Untersuchungen wurden Dauerausscheider von Typhusbazil
festgestellt und isoliert. Auch häufige Impfungen gegen Typhus v
hinderten dessen Verbreitung.) Die Influenza beförderte ebenfalls
Disposition zu Tuberkulose. Sie trat im Winter 16/17 und im Somm
und Herbst 1918 epidemisch auf. Besonders die Herbstepidemie i
Oktober/November 1918 war sehr schwer. Sehr oft fand sich Lung
und Darmtuberkulose kombiniert vor. — Interessant ist auch, daß si
die Knochenbrüche bei Geisteskranken im Verlauf des Krieges geg
früher vermehrten, was offenbar auch als Folge einer Ernährungsstöru
aufzufassen ist.

Schon der äußere Anblick der Kranken zeigte ihre Abmageru
Die Wägungen ergaben ein trauriges Resultat. Was an Nahrungsmitt
irgendwie aufzutreiben war, wurde den Kranken selbstverständlich
geben; Ärzte, Wirtschaftsbeamte und Personal überboten sich an Eif
Angehörige schafften herbei, solange sie konnten. Auch die Natur ha
indem der Bewegungsdrang zum Hin- und Herrennen und zum Schrei
geringer wurde; die unruhigen Krankenabteilungen zeigten eine unhei
liche Ruhe. Eine Anzahl der Kranken überwand denn auch alle Schre
nisse des Krieges, ihre Gewichtskurven gingen dann, als die Ernährun
verhältnisse sich wieder besserten, wieder in die Höhe. Man möchte b
nahe sagen: erfreulicherweise stellte sich auch die alte Lebhaftigkeit u
Unruhe bei den am Leben Gebliebenen nach und nach wieder ein.

Außer der Verminderung der Krebsleiden zeigt die Durchsicht
statistischen Tabellen noch einen günstigen Befund: Die Todesfälle du
Alkoholismus hörten während des Krieges auf, da sich der Zugang v
Alkoholgeisteskranken von Jahr zu Jahr verminderte. Wenn es au
nicht zum Thema gehört, so sei erwähnt, daß in der Heil- und Pfle



talt **Dresden** mit Luisenhaus z. B. im Jahre 1912 allein 361 Männer l 32 **Frauen** = 393 Personen wegen Alkoholismus zugeführt wurden. ıon im Jahre 1914 betrug die Zahl der hier zugeführten Trinkerpsychosen

	307 m.	32 w.	=	339,
1915 nur noch	170 ,,	29 ,,	=	199,
1916	61 ,,	14 ,,	=	75.
1917	22 ,,	10 ,,	=	32,
1918	30 ,,	11 ,,	=	41.

ɔer bereits im Jahre 1919 ist die Zahl der Alkoholpsychosen auf

	52 m.	6 w.	=	58
und 1920 auf	109 ,,	23 ,,	=	132

ieder **gestiegen**.

Überblickt man die erhöhte Sterblichkeit der Geisteskranken ı den Irrenanstalten während des Krieges, so sind die großen Todesɔfer, die unsere unschuldigen Kranken darbringen mußten, selbsterständlich schmerzlich zu bedauern. Unruhige und aufgeregte ieisteskranke verbrauchen in Friedensverhältnissen häufig mehr Nahrungsmittel als Gesunde. Viele Gesunde konnten sich in der 'reiheit immer noch diese oder jene Extraernährung verschaffen, ɔei den in den Anstalten Internierten war dies höchstens in beschränktem Umfang der Fall. Jedenfalls war es nicht möglich und ıicht berechtigt, den Geisteskranken mehr Nahrungsmittel zu geben ıls den Gesunden. — Gewiß! unter den dem Krieg zum Opfer Gefallenen haben sich viele befunden, deren Leben weder ihnen selbst noch anderen von Nutzen war. Aber es sind auch manche vom Tode dahingerafft worden, die trotz ihrer Krankheit noch Freude am Leben hatten, und die sich nach Kräften ihren Mitmenschen noch nützlich zu machen bemühten. Jedenfalls dürfen sich unsere Feinde die Abtötung so vieler wehrloser Menschen durch die Blockade nicht als Heldentat anrechnen! Die Gesamtzahl der im Krieg verstorbenen Geisteskranken ist natürlich noch größer als die durch die Anstaltsstatistik nachgewiesene. In Sachsen haben wir, wenn wir die erfahrunggemäß in 4 Jahren Sterbenden abrechnen, in den staatlichen und städtischen Irrenanstalten 7480 zu buchen [1]). Wieviel Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptiker außerdem in kleineren Krankenhäusern und in der Freiheit infolge unzureichender Ernährung erkrankten und starben, entzieht sich unserer Kenntnis. Die Berichte der außersächsischen Irrenanstalten lehren, daß ganz entsprechend viele Kriegsopfer in den anderen deutschen und auch in den deutschösterreichischen Irrenanstalten im Weltkrieg gefallen sind.

[1]) 1915 starben in Sachsen über den erfahrunggemäß festgestellten Prozentsatz hinaus 611, 1916: 1045, 1917: 2751, 1918: 1832, 1919: 914 und 1920: 327 Anstaltsgeisteskranke.

Die psychotischen Bilder der Urämie[1]).

Von

Dr. **P. van Hauth.**

Sieht man sich genauer in der Literatur der symptomatisch
Psychosen um, so fällt immer wieder auf, daß fast allen ein auch n
einigermaßen spezifisches Symptombild fehlt. Vielmehr ist die Vi
gestaltigkeit unter Vorwiegen der akuten halluzinatorischen Ve
wirrtheit die einzige allen mehr oder minder gemeinsame Eigentüm
lichkeit. Diese Verhältnisse treffen auch für die urämische Psychose z

„Von dem Bestehen eines klargekennzeichneten „urämisch
Irreseins", außer den früher erwähnten deliriösen Zuständen, hab
ich mich jedoch noch nicht überzeugen können" sagt *Kräpelin* noc
in der 7. Auflage seines Lehrbuches.

Gehen wir den Gründen dieser Unsicherheit nach, so finden w
folgendes:

1. Die akute, urämische Psychose tritt meist als akutes Deliriu
bzw. akute halluzinatorische Verwirrtheit auf. Sie ist als solche vo
einer Anzahl anderer symptomatischer Psychosen nicht zu unte
scheiden. Die Differenzialdiagnose stützt sich in vielen Fällen au
organische Begleitsymptome und anamnestische Angaben.

2. Eine große Anzahl offenbar auf Urämie beruhender subakute
und chronischer Geistesstörungen zeigt untereinander derartige Al
weichungen, daß die Annahme ihrer ursächlichen Zusammengehöri
keit unmöglich erschiene, wenn nicht die sonstigen Symptome d
Urämie mit aller Sicherheit erwiesen wären.

Eine Erklärung dieser beiden Tatsachen zu suchen, wird ei
Hauptaufgabe der vorliegenden Abhandlung sein.

Es sind vor allem drei Momente, welche Zustandekommen u
Form der urämischen Psychose beeinflussen müssen:

) Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Köln, Direkt
Professor Dr. *Aschaffenburg*.

1. Zunächst die Art der urämischen Gifte. Die Grundlage der rämischen Psychose ist die Urämie bzw. die verschiedenen Formen er Nephrosen und Nephritiden, die zur Urämie geführt haben. Der ächst liegende Gedanke ist also der, für ein bestimmtes psychisches ymptombild eine bestimmte Form von Urämie bzw. Nephritis erantwortlich zu machen.

2. Daß ferner auch die Dauer der Einwirkung des urämischen iiftes von Wichtigkeit ist, kann wohl als sicher angenommen werden; umal bestimmte Teile des Gehirns empfindlicher gegen gewisse Gifte ind und rascher durch sie beeinflußt werden als andere. Auch ist ie Blut- und Lymphzirkulation, welche die Gifte ins Gehirn bringt, icht in allen Teilen desselben gleich lebhaft. Außerdem kommt die unehmende Erschöpfung, vor allem des Herzens und Zirkulations-pparates in Betracht.

3. Als drittes spielt die allgemeine Konstitution, d. i. er Zustand des übrigen Körpers und speziell des Nervensystems nd der Psyche, als die Art der urämischen Psychose beeinflussendes loment, eine wichtige Rolle.

Es kann ferner eine Reihe von Schädlichkeiten, welche die lephritis und Urämie hervorrufen, auch direkt oder durch Schädigung es Gefäßsystems das Zentralnervensystem angreifen.

Die Dauer der Giftwirkung gibt uns die Haupteinteilung in kute und chronische Urämien. Die akute urämische Psychose tritt neist in Form eines akuten Deliriums oder akuter halluzinatorischer Verwirrtheit auf. Für uns sind die mannigfaltigen Formen der sub-kuten und chronischen urämischen Psychosen die wichtigeren, da ie vielfach den chronischen degenerativen Psychosen und chronischen Enzephalitiden verwandte Symptome aufweisen. Es kommt auch hier darauf an, sich über alle für das Zustandekommen jedes Einzel-falles bzw. des gerade vorliegenden Krankheitsbildes verantwortlichen Bedingungen klar zu werden. Akute diffuse Erkrankungen des Gehirns zeigen im allgemeinen trotz verschiedener Ursachen als Er-krankung des gleichen Organs eine große Ähnlichkeit in den einzelnen Symptombildern: allgemeine Funktionsherabsetzung und bei fort-geschrittener Schädigung Verwirrtheit, Erregungszustände und Delirien. Chronische Erkrankungen überraschen jedoch infolge der längeren Einwirkungsmöglichkeit auf das anatomisch und funktionell höchst differenzierte Körperorgan durch den Wechsel und die Mannigfaltig-keit der Krankheitsbilder. Das trifft auch für die chronisch urämische

Psychose zu. Welche Verhältnisse hier von besonderem Einflu
sind, wollen wir im anschließenden Abschnitt besprechen.

Die direkten Einwirkungen der kranken Nieren auf das Zentr
nervensystem werden kompliziert durch die engen Beziehung
einerseits zwischen Gefäßsystem und den Nieren, andererseits zwisch
Gefäßen und dem Zentralnervensystem. Daraus folgt, daß wir un
den Urämiefällen eine Menge solcher finden werden, bei denen prim
oder sekundär Störungen des Gefäßsystems aufgetreten sind,
ihrerseits auch wieder direkt Reizungen und Lähmungen im Zentr
nervensystem bewirken können. Derartige Symptome werden
schwer von den direkten Wirkungen der Urämie zu unterschei
sein. Zu diesen Gefäßkrankheiten gehören die Atheromatose u
Sklerose, entweder genuiner Natur oder im Gefolge von Lues, Tb
chronischem Alkoholismus, chronischer Blei- und anderen Vergiftung

Ein großer Teil andersartiger chronischer Vergiftungen u
Infektionen führt wiederum zu Nieren-, Gefäß- und Nervenstörung
und es wird wieder schwer zu sagen sein, welche Symptome auf
Urämie, welche auf die Arteriosklerose und welche auf direkte exog
oder endogene (nichturämische) Toxinwirkung zu beziehen si

Es darf ferner nicht übersehen werden, daß die adrenale Hyp
tonie ein die Arteriosklerose und chronische Nierenerkrankun
begünstigender Zustand ist. Daraus erklärt sich auch ein großer T
der engen Beziehungen zwischen Arteriosklerose und urämisc
Psychose.

Die Art dieser Nieren- und Gefäßpsychosen ist durch jede Fo
nervöser Belastung bzw. Konstitutionsanomalie beeinflußbar. Wa
scheinlich sind außer dem adrenalen noch andere Systeme der inne
Sekretion an der Beeinflussung dieser Vorgänge beteiligt. Wir hal
hier nur das Adrenalsystem als eines der wichtigsten und näch
liegenden betont.

Schon diese wegen Raummangels kurz gehaltenen Andeutun
lassen uns vermuten, daß wir es beim Studium der urämischen P
chosen sehr häufig mit Neuropathen zu tun haben, die durch Nerv
und Geisteskrankheiten, Lues, Tbc., Arteriosklerose, Alkoholis
und andere chronische Erkrankungen sowie chronische Intoxikatio
der Aszendenz erblich belastet sind oder selbst derartige Schä
erworben haben. Solche Individuen sind für Nerven-, Geistes- u
Gefäßerkrankungen, Nierenstörungen und Urämie bzw. für urämis
Psychosen prädisponiert. Kommt es bei einem Neuropathen
Urämie, so zeigt sie leicht einen psychotischen Charakter.



Diese Veranlagung sowohl wie auch die Mitbeteiligung der Nieren, ›fäße oder des Zentralnervensystems bei exogener Erkrankung ıes dieser Organe ergeben jedoch nicht in jedem Falle von Urämie ı gleichmäßiges Gemenge der verschiedenen urämischen Organmptome, sondern je nach dem Überwiegen der einen oder andern ganbeteiligung und deren Wirkung auf des Zentralnervensystem hält das Symptombild eine, wenn auch mäßige, spezifische Färbı ng.

Nach dieser kurzen Erörterung der physiologischen und pathogischen Grundlagen der urämischen Psychose wenden wir uns dieser lbst zu. Bei ihrem Studium sind wir lediglich auf Krankenbeobachng angewiesen.

Ich betone im voraus, daß sich bisher keinerlei Beziehungen ischen der Art der Nephritis und der Art der psychischen Störungen ben feststellen lassen. Als ziemlich sicher nimmt man an, daß ute Nephrosen und Nephritiden, wenn sie zur Urämie führen, ch akute Psychosen machen. Die chronische Schrumpfniere fert die meisten Psychosen, sowohl akute als subakute und chronische. s ist ferner zu berücksichtigen, daß die Psychose zunächst von der rämie, von der Schnelligkeit und dem Grade der Überschwemmung s Blutes mit Stoffwechselgiften und nicht von der Form der Neıritis abhängig ist. Eine plötzlich auftretende intensive Verftung ist durchaus nicht immer Folge einer akuten Nephritis.

Daß die Meinungen über Form und Wesen der urämischen Psychose heute noch recht geteilt sind, ergibt sich aus folgenden Literaturszügen:

In *Kräpelin*s Lehrbuch von 1904 werden deliriöse und komatöse stände bei Urämie erwähnt. In der Auflage von 1909 findet sich ein nweis auf das gleichzeitige Vorkommen schwerer Arteriosklerose. *hen* zitiert in seinem Lehrbuch von 1908 die Angaben *Hagen*s, der für phritische Psychosen zwei grundverschiedene Entstehungsweisen annmt: 1. Zirkulationsstörungen und Gefäßerkrankungen und 2. die sentliche urämische Psychose.

Eine eingehendere Schilderung der urämischen Psychose finden r in *Aschaffenburg*s Handbuch 1910 von *Bonhoeffer*. Er trennt nach m Vorgang einer Anzahl innerer Kliniker auch die psychischen Symme der Nephritiker in solche, die durch einfache Harnretention und che, die durch Urämie (Nephrotoxine) hervorgerufen sind. Bei Harnention soll die Initiative und körperliche Kraft allmählich abnehmen. r Tod kann aus relativem Wohlbefinden heraus oder bei zunehmender hlafsucht mit oder ohne deliriöse Beimengungen erfolgen. Bei Mitkung von Nephrotoxinen sei das Bild bedeutend vielgestaltiger. *Bonffer* betont jedoch, daß eine scharfe Trennung beider Gruppen nicht glich sei.



Die so vielgestaltige urämische Psychose teilt *Bonhoeffer* in chronisch
und akute Fälle, fügt jedoch hinzu, daß beide häufig ineinander übergehen
bzw. eine aus der anderen erwächst.

Unter den Symptomen der chronisch-urämischen Psychose heb
er hervor: Mattigkeit, unruhigen Schlaf, Kopfschmerz, zeitweises Er
brechen, Rückgang der Leistungen, gesteigerte Reizbarkeit oder Inter
essenlosigkeit, seltener ausgesprochene Euphorie. Anfangs leichte Be
nommenheit, die sich später zur Bewußtseinstrübung steigert. Ferne
können auftreten: Tremor, ataktische Störungen, stolpernde verwaschen
Sprache, Augenmuskelstörungen, Pupillendifferenzen, verringerte Pupillen
reaktion, später positiver Babinski, passagere kortikale Herdsymptome
Jaksonsche Anfälle, Mono- und Hemiplegien, aphasische und hemianopisch
Störungen, vorübergehende Taubheit und Amaurose.

Für die akuten Fälle sei der Krampfanfall charakteristisch. Indessen
folge oft wie dem epileptischen Anfall ein Dämmerzustand und terminale
Schlaf. Delirien treten auch ohne Krämpfe episodisch oder sub finem auf
Sie zeigten ebenso wie Fieberdelirien sprunghaften Wechsel des Affekts
Der Grad der Bewußtseinstrübung sei sehr verschieden. Der Affekt se
ängstlich erregt. Aus dem Delirium könne sich ein halluzinoseähnliche
Zustand mit Vergiftungs- und Beeinträchtigungsideen entwickeln. Letztere
könnten unter Umständen eine Art festen Systems bilden. Vorkommend
negativistische Symptome seien als paranoische Abwehr zu deuten. Auch
amentiaähnliche Fälle kämen vor.

Man habe symptomatischen Psychosen mit katatonen Symptomen
eine Sonderstellung zuweisen wollen, weil diese Symptome auf ein endo
genes Moment zurückzuführen seien. Letztere Annahme sei sehr unwahr
scheinlich.

In der Zeitschrift für klinische Medizin erschien 1914 eine Abhand
lung über die Urämie von *Reiß*. Er teilt die Urämiefälle in drei größer
Gruppen: asthenische, Krampf- und psychotische Urämie. Symptom
der asthenischen Urämie seien: Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen
Hautjucken, Schlafsucht, geistige Indifferenz, zunehmende Hinfälligkeit
eventuell plötzlicher Herztod, verringerte Ausscheidung harnfähige
Substanzen, Versagen der Harnkonzentrationsfähigkeit der Nieren
Hemmung der Verdünnungsfähigkeit des Blutserums, Vermehrung de
Reststickstoffs und Erhöhung des osmotischen Drucks im Blut. Bei de
Krampfurämie sei die Psyche in anfallfreier Zeit intakt. Veränderunge
der äußeren Nierensekretion und der Blutzusammensetzung seien nich
wahrnehmbar. Die psychotische Urämie äußere sich in starker Verwirrt
heit, Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, tiefem (nicht immer ago
nalem) Koma. Alle diese Symptome seien mehr oder weniger flüchti
und wechselnd. Eine Störung der äußeren Sekretion sei nicht imme
nachweisbar. Sie beruhe auf chronisch interstitieller Nephritis mit Blut
drucksteigerungen über 220 Hg. Die psychotische Urämie sei meist mi
Hirnarteriosklerose vergesellschaftet. Das Vorgehen *Volhards*, der dies
Fälle von der Urämie als Hirnarteriosklerose abtrennt, lehnt *Reiß* ab
er nimmt nur eine Disponierung der höheren Zentren zur urämischen
Intoxikation durch die Hirnarteriosklerose an. Die Mehrzahl der klinischen
Urämien seien Mischformen der genannten drei Gruppen.

Nach *Machwitz* und *Rosenberg* (Deutsche med. Wschr. 1915) ist ie *Reiß*sche Einteilung unbrauchbar. Sie unterscheiden in Anlehnung a die *Fahr-Volhard*sche Einteilung der Nephritiden eine echte Urämie Azotämie), eine eklamptische Urämie (Chlorurämie) und die Urämie ei rein arteriosklerotischer Gefäßveränderung in den Nieren.

Die echte Urämie zeige unter anderem folgende Symptome: Erhöhung des Rest-N, in chronischen Fällen Indikanämie, Müdigkeit, Apathie, enommenheit, allgemeine Überregbarkeit der Muskulatur, Tendenz u Hämorrhagien der Haut und Schleimhäute, enge Pupillen, Dyspepsie, roße Atmung, Temperaturabfall. Die eklamptische Urämie habe keine Rest-N-Steigerung, jedoch erhöhten Lumbaldruck, epileptiforme oder Jacksonsche Krämpfe, transitorische Lähmungen, Hör- und Sprachstörungen, Babinski, Nackensteifigkeit und Kernigs Symptom. Vorboten eien Kopfschmerz und Erbrechen. Die arteriosklerotische Form (von *Volhard* auch arteriosklerotische Pseudourämie genannt) könne den beiden nderen Gruppen sehr ähneln. Ihre Symptome seien jedoch Folgen arteriosklerotischer Hirnveränderungen. (Sklerose der Basalarterien, Thrombose, Enzephalomalazie.) Die Differentialdiagnose sei oft nur mit Rest-N und Harnstoffbestimmung möglich.

Auch *Strauß* (Berl. klin. Wschr. 1915) unterscheidet von der eigentlichen Urämie (mit Rest-N-Steigerung) eine Pseudourämie ohne Rest-N-Steigerung. Er teilt sogar diese Pseudourämie wieder ein in solche mit dem eklamptischen Symptomkomplex (Eklampsie der Nephrosen) und solche mit dem soporös-deliriösen Symptomkomplex der „Hypertoniker“ mit oder ohne lokale Reiz- und Ausfallerscheinungen.

Von den neueren Autoren erwähnt *Bleuler* (Lehrbuch 1918) die Verschiedenartigkeit der urämischen Delirien, deren Eigentümlichkeiten, wenn überhaupt vorhanden, noch nicht bekannt seien.

Gruhle (Lehrbuch 1918) stimmt im allgemeinen mit *Bonhoeffer* überein. Er unterscheidet Harnretention und Urämie und beschreibt von letzterer eine chronische und eine akute Form. Die chronische Form könne zu Affektstörungen führen: übergroße Reizbarkeit oder Apathie. Daran schlössen sich wechselnde Zustände leichterer und schwerer Benommenheit, und vor allem treten Herdsymptome auf, welche die Differentialdiagnose sehr erschwerten. Kämen noch Anzeichen einer allgemeinen Schwächung der seelischen Funktionen hinzu, gesellten sich also zu den Herdsymptomen noch Defektsymptome, so sei die Unterscheidung von der progressiven Paralyse nur noch durch den charakteristischen Lumbalbefund und den bei Urämie sehr häufigen positiven Babinski möglich. Die Sonderung von der Arteriosklerose sei manchmal völlig unmöglich. Das sei praktisch nicht von großer Bedeutung, weil manche Nephritiden ohne dies mit Arteriosklerose verbunden seien.

Reichardt (Lehrbuch 1918) hebt hervor, daß Urämie kortikale Herderscheinungen aller Art, anfallartige, dauernde und paralyseähnliche Symptome machen könne. Auch chronische Urämien zeigten oft starke Schwankungen des Krankheitszustandes.

Alle diese verschiedenen Erscheinungsformen der Urämie sind, wie wir bei *Hagen* (Zeitschr. f. Psych. 1882) lesen, zum großen Teil schon seit den 70er Jahren bekannt. Er erinnert daran, daß auch die nephritischen



Stoffwechselgifte, wie die harnstoffverwandten Narkotika in größere Dosen Betäubung, Somnolenz und Konvulsionen hervorrufen, analog Symptome, eventuell bis zur transitorischen Tobsucht und Halluzinos gesteigert, bewirken.

Vergleichen wir die vorliegenden Krankengeschichten und di Angaben der bekannteren Autoren, so ergibt sich etwa folgende Allgemeinverlauf der urämischen Psychose: Sie beginnt mit eine Erschwerung und Verlangsamung der Auffassung. Anschließen oder gleichzeitig bemerkt man eine Herabsetzung der Merkfähigkeit der Verarbeitungsfähigkeit äußerer und innerer Eindrücke und ei Nachlassen der Beeinflußbarkeit des Wollens. Dieser Zustand äußer sich als Apathie oder, wie man auch sagen könnte, als Herabsetzung der Anspruchsfähigkeit, des Tonus der Psyche. Die genannten Symptome steigern sich im Verlaufe weniger Tage oder einiger Wochen bis zur Unmöglichkeit richtiger Gedankenverbindung (Assoziationsdefekt und falsche Assoziation), zur Unorientiertheit und Inkohärenz. Meist macht sich schon gleichzeitig mit Verlust oder Schädigung der Orientierung, im Gegensatz zur bisherigen Apathie, eine gewisse motorische und psychische Erregung bemerkbar. Der Willenstrieb ist in dieser Periode der höheren assoziativen Beeinflussung entzogen, die Gedankenverbindung schwer geschädigt; es kommt zu unsinnigen Handlungen. Außer der zeitlichen und örtlichen Orientierung fehlt auch das logische Gefühl, das gesunde Urteil. Wir bezeichnen diesen Zustand als Verwirrtheit. Der Kranke fühlt mehr oder weniger dieses Nachlassen seiner Geisteskräfte und wehrt sich instinktiv mit dem Rest seiner Willenskraft dagegen. Es kommt zu übermäßiger und unzweckmäßiger Anspannung, zu einer Art psychischer Spasmen, einer oft periodisch erhöhten Erregbarkeit bei stark herabgesetzter Leistungsfähigkeit. Diese Phase äußert sich klinisch als manchmal bis zur Tobsucht gesteigerte, psychomotorische Erregung, die zeitweise von stuporöser Erschöpfung unterbrochen ist. Ausdrucksformen dieser psychischen Erregung sind: Ideenflucht, Sinnestäuschungen aller Art, flüchtige Wahnvorstellungen und Delirien. Mit der psychischen Erregung verbunden ist eine erhöhte muskuläre Erregbarkeit, die sich von fibrillären Zuckungen bis zu epileptiformen Krämpfen mit Spasmen steigern kann. Die allgemeine Übererregung des Nervensystems zeigt sich auch in einer manchmal hochgradigen Steigerung der Sehnenreflexe. Nach einigen Tagen höchster Erregung, die nur zeitweise von stumpfer Erschöpfung unterbrochen war, nimmt letztere zu. Kurzdauernde, leichtere Erregungszustände wechseln ab mit



[int]ussitierenden Delirien und Benommenheit, die wenige Tage später [in] Sopor und Koma übergehen.

Wie modifiziert sich nun im Einzelfall dieses Schema?

Die rein eklamptische Urämie schalte ich aus diesen Über[le]gungen aus, weil sie aus dem Rahmen unseres Themas fällt.

Fälle, bei denen es sich lediglich um mäßiges Nachlassen der [p]sychischen Leistungsfähigkeit, der Auffassung, der Merkfähigkeit [u]nd des Wollens handelt, bekommt der Arzt wenig zu Gesicht, weil [s]ie meistens nicht für behandlungsbedürftig gehalten werden. Wir [e]rfahren von diesem oft tagelang dauernden Stadium nur nachträglich, [i]n der Anamnese später schwerer erkrankter Patienten.

Die dieser Abhandlung vorzugsweise zugrunde gelegten 17 Fälle [d]er Kölner Universitätsklinik lassen sich zwanglos in vier Gruppen [o]rdnen:

1. Fälle mit Verlust der Orientierung und unruhiger Verwirrtheit.
2. Fälle mit akuten Delirien oder halluzinatorischer Verwirrtheit.
3. Fälle von halluzinatorischer Verwirrtheit mit paranoiden oder katatonischen Symptomen.
4. Fälle von chronischer Verwirrtheit mit häufigeren Herdsymptomen und Neigung zu demenzähnlichen Zuständen.

Von 1—3 ist die Steigerung der psychotischen Symptome der einteilende Gesichtspunkt. Nur Gruppe 4 nimmt infolge ihrer Verwandtschaft mit den organischen Psychosen eine gewisse Sonderstellung ein. Starke Benommenheit und Sopor sind als Gruppierungssymptom unberücksichtigt geblieben, weil sie den Einzelfall nicht charakterisieren, sondern lediglich Endsymptome darstellen. Der notwendigen Kürze halber gebe ich nur eine Auswahl der diesen Ausführungen zugrunde liegenden Krankengeschichten und auch diese nur auszugsweise wieder.

Zu Gruppe 1 gehören folgende Fälle:

Fall 1. Albert H., verheirateter Heizer, 49 Jahre alt, aufgenommen am 29. 10. 17, gestorben am 2. 11. 17.

Vor 6 Wochen Rippenbruch. Nach Abheilung wieder im Dienst. Vor 14 Tagen an Wassersucht erkrankt. Wegen Geistesgestörtheit (großer motorischer Unruhe) nach Urämie in Nervenklinik verlegt.

Befund: Zeitlich schlecht orientiert, verwirrt, benommen, herzschwach. Sehnenreflexe lebhaft, Pupillen o. B., ganzer Körper ödematös, Pleuratranssudat, Puls klein und frequent.

1. 11. 17 dauernd unruhig, bettflüchtig, Ödeme haben nachgelassen.

2. 11. 17 Exitus letalis infolge Herzschwäche.

Fall 2. Heinrich L., verheirateter Marmorschleifer, 53 Jahre alt, aufgenommen 19. 11. 16, entlassen 20. 11. 16.



Von 11 Kindern sind 8 klein gestorben, Frau gesund. Er hat bis drei Schlaganfälle erlitten; den ersten vor 5 Jahren, den letzten vor Wochen. Die Parese der Beine war rasch gebessert, nur links blieb ei gewisse Schwäche. Seit 2 Jahren nierenleidend. Seit 3 Wochen wied deutlicher. Die Beine seien sehr rasch angeschwollen. Viel Durst, und zu Erbrechen. Vor 4 Tagen habe die Verwirrtheit begonnen. konnte die Worte nicht mehr finden. War kein Trinker und nie geschlech krank.

Befund: Bettflüchtig, schlecht orientiert. Vorübergehende A deutung sens. Aphasie. Hochgradige Ödeme an Extremitäten, Gesic und Brust. Aszites. Linker Fazialis paretisch, rechte Stirn spastis Nystagmus horiz., Zunge weicht stark nach rechts ab. Armreflexe li lebhafter als rechts. Kein Babinski. Herz nach beiden Seiten wenig v breitert. Diastol. Geräusch an der Aorta, 2. Pulmonalton akzentuie Herzaktion irregulär und beschleunigt. Deutliche Aortendämpfun Deutliche Sklerose der fühlbaren Arterien. Blutdruck 215 Hg.

Fall 3. Franz T., verheirateter Buchhalter, 53 Jahre alt, aufgenommen 15. 3. 18, gestorben 25. 3. 18.

Sein Vater war reizbarer Trinker. Eine Tochter und drei Enkel sind sehr nervös und aufgeregt. Er selbst habe nie getrunken. Hatte immer viel mit Kopfschmerz, Nervosität und Schlaflosigkeit zu tun Polyurie. Seit einigen Wochen Zustand verschlimmert.

Befund: Schläft schlecht, ißt wenig; gesprächig, aber kleinlaut. Motorisch unruhig. Infolge gestörter Auffassung dauerndes Vorbeireden und ängstliches Widerstreben. Stumpfe Ratlosigkeit. Orientierung ist schlecht, Wortfindung und Rechnen erschwert, Merkfähigkeit stark verringert. Ist schwer fixierbar und äußert starkes Unbehagen. Er ist sich offenbar der Krankhaftigkeit seines Zustandes bewußt. Klagt über Durst und schlechten Stuhl. Pupillen eng, L. R. anscheinend fehlend; Konvergenz-R. positiv; Sehnenreflexe gesteigert; linke Barthälfte stärker ergraut. Puls sehr frequent, anscheinend systolisches Geräusch.

17. 3. 18 verwirrt, bettflüchtig, verweigert Nahrung, ist verstopft. Zunehmender körperlicher Verfall.

21. 3. 18 aufgeregt, faltet die Hände, fleht alle Eintretenden an. Herzangst.

25. 3. 18 Herzschwäche. Exitus letalis. Rest-N im Blut: 86.

Sektionsbefund: Gehirn stark durchfeuchtet, braune Atrophie des Herzmuskels, Nierenkapsel schwer abziehbar, Glomeruli gut sichtbar Vielleicht Glomerulonephritis.

Fall 4. Max Sch., lediger Kaufmann, 55 Jahre alt, aufgenommen 28. 12. 16, verlegt 25. 1. 17, gestorben 13. 2. 17.

Vater an Herzschlag gestorben. Von vier Geschwistern einer an Herzleiden, einer an Nierenleiden, einer an Di. gestorben. Er sei immer solid, nie geschlechtskrank gewesen. Seit Jahren nierenleidend. Vor 1 Jahr Lungen- und Rippenfellentzündung. Wiederholt Sanatoriumsaufenthalt. Seit 2 Monaten deutliches Ödem der Beine und zeitweise Verwirrtheit. Seit gestern ganz verwirrt, ist unruhig und hat reichlich Gehörshalluzinationen.

28. 12. 16: Unruhig, verwirrt, örtliche Orientierung erschwert.



Verkennt Personen. Psychischer Rapport verhältnismäßig gut. Gut zu fixieren. Hochgradige Ödeme der unteren Körperhälfte. Pupille R > L, Linse R. lichtdurchlässiger als L.; L. R. mäßig. Nasolabialfalte R. flacher als L. Zunge weicht nach rechts ab, ist sehr trocken. Leichtes Zittern der Lippen beim Zähnezeigen, ebenso der gespreizten Finger. Gehör beiderseits herabgesetzt. Trizepsreflexe R. lebhafter als L. Patellarreflex schwach. Bei Babinskiprobe Dorsalflexion besonders der 4. Zehen. Oppenheim nicht prüfbar. Andeutung von Apraxie wohl infolge Verwirrtheit. Herzaktion leicht irregulär. 1. Spitzenton unrein, 2. Pulmonalton akzentuiert. Atmung beschleunigt. Zirkuläre Dämpfung der abhängigen Lungenpartien. Sklerose der fühlbaren Arterien. Blutdruck 192 Hg. Aszites. Im Urin: A, aber keine Zylinder. Wa in Blut und Liquor negativ. Patient war während Untersuchung schläfrig.

5. 1. 17: Dauernd verwirrt und unruhig.

8. 1. 17: Ödeme bis auf geringe Knöchelschwellung geschwunden. Verwirrtheit besteht fort. 16. 1. 17: Blutdruck 113 Hg.

19. 1. 17: Seit einigen Tagen klarer, ruhiger und besser orientiert. Kein Eiweiß mehr.

25. 1. 17: Der körperliche Befund vom 28. 12. 16 besteht im allgemeinen fort. Außerdem: Babinski beiderseits angedeutet, Bauchreflexe schwach, Romberg angedeutet. Unsicherer „Fuß vor Fuß"-Gang. Keine Fazialisdifferenz. Trommelfell beiderseits milchig getrübt. Im Urin Spuren von Eiweiß. Am 13. 2. 17 erfolgte der Tod durch Herzschwäche.

Die psychotischen Störungen dieser Gruppe verlaufen teils akut (1 und 2), teils subakut bzw. chronisch (3 und 4). Die Verarbeitung äußerer Eindrücke ist verlangsamt, die Merkfähigkeit ist herabgesetzt. Der Kranke kann nicht mehr gleichzeitig soviel Einzelheiten im Bewußtsein festhalten, als zur richtigen Urteilsbildung erforderlich sind, die Auffassung ist gestört. Deshalb ist er auch schlecht oder gar nicht orientiert und durch die widersprechendsten Falschschlüsse verwirrt. Er besitzt dabei anfangs eine, wenn auch unklare, Art von Krankheitseinsicht. Die als direkte urämische Giftwirkung gleichzeitig vorhandene gesteigerte affektive Erregung wird, zum Teil wohl unter dem Einflusse dieses Krankheitsbewußtseins zur ängstlichen Erregung. So kommen wir zum Krankheitsbild der unruhigen (ängstlichen) Verwirrtheit. Unter den mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten befinden sich eine ganze Anzahl, die gerade das Angstmoment in schönster Entwicklung zeigen.

Zu Gruppe 2 gehören:

Fall 7. Wilhelmine L., verheiratet, 35 Jahre alt. Aufgenommen 16. 2. 17, gestorben 6. 3. 17.

Mit 18 Jahren hochgradig bleichsüchtig und gelbsüchtig. Immer eigensinnig, gehässig und aufbrausend, aber sehr fleißig. Hat in der Schule schlecht gelernt. Seit 7 Jahren verheiratet, jedoch unglücklich, weil sie



mißtrauisch und eifersüchtig ist. Sie hatte drei Fehlgeburten. Im vorigen Jahre schwere operative Entbindung (Kind wurde getötet). Der Mann sei gesund. Vom Arzt chronisches Nierenleiden festgestellt. 3 Tage nach der Operation habe sie geschrien und getobt, habe aus dem Fenster springen wollen. Nach 10 Tagen damals gebessert entlassen. Immer noch leicht aufgeregt und eifersüchtig. Habe überall Benachteiligungsversuche vermutet. Seit 14 Tagen hat sich die Erregung gesteigert. Ihre Schwestern wollten ihr alles stehlen und sie vergiften. Sie versuchte wieder aus dem Fenster zu springen.

16. 2. 17: Atmet schwer. Gesichtszüge blaß und leidend. Starke Ödeme der Unterschenkel. Leistendrüsen geschwollen. Kein Exanthem. Puls 96, stark gespannt. Herztöne rein, aber paukend. Aszites. Pupillen sehr eng. Pupille L. > R., L. R. negativ, Konvergenz nicht prüfbar. Sieht sehr schlecht. Fingerzählen in 1 m Entfernung. Zunge weicht wenig nach rechts ab. Fazialis links unten schwächer. Patellarreflexe sehr lebhaft. Patellar- und Fußklonus beiderseits. Kein Babinski, kein Oppenheim. Entsprechend ihrer Hinfälligkeit affektiv sehr stumpf. Rechnen deshalb kaum prüfbar. Ständiges Erbrechen gelblicher nicht ammoniakalisch riechender Flüssigkeit. Klagt über schlechtes Gedächtnis, Kopfschmerz und Atemnot. Im Urin 2% A., granulierte und Blutkörperchenzylinder. 24. 2.: Hatte letzte Nacht einen epileptischen Anfall. Gesichtsödem, urinöser Mundgeruch. 25. 2.: Schrie in der Nacht laut. Starkes Nasenbluten, Puls verschlechtert.

1. 3.: Bei Tage ruhig. Schimpft nachts auf ihre Pflegerin und ihren Mann. Kein Erbrechen mehr.

5. 3.: Meist ruhig. Nimmt nur wenig Nahrung. Zyanotisches Aussehen.

6. 3.: Schlafsucht nimmt zu, Puls wird immer schlechter. Unter zunehmender Somnolenz erfolgt der Exitus letalis.

Sektionsbericht: Klinische Diagnose — chronische Nephritis und Urämie. Hauptkrankheit — Schrumpfnieren. Todesursache — Urämie.

Befund: Mäßige Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Perikarditis serofibrinosa, mäßiges Lungenödem, Schrumpfnieren.

Fall 8. Agnes L., ledige Arbeiterin, 42 Jahre alt, aufgenommen 6. 3. 14, verlegt 10. 3. 14.

Als Kind dreimal mehrere Wochen wie an Veitstanz erkrankt. Vor 3 Jahren wegen Gallensteinen operiert. Seither kränklich, bekam dicke Beine, dicken Leib und Leberschwellung. Der Urin ging nicht mehr recht ab. Seit 2 Tagen habe sie es immer im Kopf: sie sehe singende Kinder, höre Katzen, Hunde usw., sei bettflüchtig, bösartig, schreie und schlage nach der Mutter. Menses zuletzt mehrfach unregelmäßig.

6. 3. 14: Sehr anämisch und schlecht genährt. Großer Naevus pigmentosus der linken Stirn- und Augengegend. Flacher phthisischer Thorax. Rechts hinten unten etwas Rasseln. Herzverbreiterung beiderseits um etwa drei Finger breit. Unregelmäßige Aktion. Präsystolisches Geräusch. Zweiter Ton an der Basis akzentuiert. Puls klein, weich, irregulär. Druck 135 R. R. Leberdämpfung stark verbreitert. Leichte Ödeme an den Unterschenkeln. Milz tastbar. Im Urin A und Zylinder vorhanden.



Reflexe o. B. Leicht verwirrt. Orientierung mangelhaft. Reißt an Fenstern und Türen, will nach Hause. Unterhält sich mit Leuten, die nicht da sind.

7. 3.: Heute ruhig. Hat keine Erinnerung an die Unruhe der Nacht. Gut orientiert. Außer leicht deprimierter Stimmung keine psychischen Besonderheiten mehr feststellbar. Ein Arzt der inneren Abteilung stellt die Diagnose Mitralstenose.

10. 3.: Psychisch unauffällig. Wird auf innere Station verlegt.

Fall 9. Christine A., verheiratet, 54 Jahre alt, aufgenommen 24 4. 19, verlegt 7. 5. 19.

Vater war Trinker. Mutter starb an Blutsturz. Sie selbst hat vor 2 Jahren Ruhr durchgemacht. Seit 4 Wochen kopfkrank, seit 3 Tagen schlimmer. Anfangs Aufstoßen, Erbrechen von Schleim, Schwindelgefühl. Konnte nur alle 2 Tage Wasser lassen. Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Nachts unruhig.

24. 4. 19: Unruhig, weint viel, murmelt unverständliches und äußert ängstliche Wahnideen. Unorientiert, aufmerksam aber ratlos. Sie hört schlecht. Läßt den Speichel fallen. Sie fühlt sich nicht krank. Genauere Exploration wegen Demenz unmöglich. Emotionelle Inkontinenz. Ist sehr unbeholfen. Patellarreflexe gesteigert. Puls 104. Patientin sieht sehr dekrepide, dabei schwammig und gedunsen aus.

25. 4.: Ratloses Weinen: Ach, Herr Doktor, helfen Sie mir doch; meine armen Kinder.“ Sprache verwaschen und schnatternd. Wahnideen wie: „Sie sollen mich nicht totschießen“, weint fortwährend. Im Urin Eiweiß.

26. 4.: Jammert immer noch. Spricht immer noch vom Totschießen. Nimmt wenig Nahrung und wird unzugänglich.

29. 4.: Weint zeitweise, nimmt nur flüssige Nahrung.

2. 5.: Ruhiger, weint still, ißt nur genötigt. Hält den Kopf unter der Decke und weint, wenn man sie hervorzuholen versucht.

9. 5.: Dauerndes Jammern: „Sie können mich doch in Ruhe lassen.“ Rest-N — 33,67. Es wird deshalb nicht Urämie, sondern Arteriosklerosis cerebi mit arteriosklerotischer Nephritis angenommen.

Nach ihrer Verlegung nach Galkhausen auch dort dieselbe ängstlich-depressive Verstimmung und ängstliche Wahnideen. Sie wurde dort am 19. 5. auf Wunsch ungeheilt entlassen. Urin war frei von Eiweiß.

Die Symptome dieser 2. Gruppe sind weiter nichts, als eine Steigerung derjenigen der 1. Gruppe mit neuen Ausdrucksformen (Sinnestäuschungen, flüchtigen Wahnvorstellungen). Die Erregung des gesamten Nervensystems wächst derart, daß es zu Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen kommt. Die Erregung ist auch jetzt noch meist ängstlichen, depressiven Charakters, erhält ihre psychischen Reize aber nicht mehr aus dem Krankheitsbewußtsein, sondern aus äußeren Wahrnehmungen und in buntem Wechsel hierzu assozierten, aus dem Erinnerungsbestande auftauchenden Ideen und Halluzinationen. Das Zunehmen der wirksam werdenden äußeren und inneren Reize und deren Überwertung ist auf eine Herabsetzung



der zentralen Reizschwelle durch die zunehmende Giftwirkung zurückzuführen. Dabei ist jedoch immer zu berücksichtigen, daß die gesteigerte Reizbarkeit, durchaus nicht für alle Großhirnbezirke gleichzeitig und gleichmäßig eintritt, daß vielmehr trotz allgemeiner Erregung ein Teil derselben in seiner Funktion gehemmt erscheint.

Zur 3. Gruppe gehören:

Fall 11. Gertrud M., verheiratet, 46 Jahre alt, aufgenommen 13. 11. 17, gestorben 20. 11. 17.

Angaben der Schwester der Patientin: drei Geschwister gesund, vier gestorben, davon einer an Gehirnerweichung mit 39 Jahren. Patientin von jeher eigenartig, erregbar, zänkisch. Schon vor vielen Jahren müsse eine psychische Alteration stattgefunden haben. Wegen ihres lockeren Lebenswandels sei die erste Ehe nicht glücklich gewesen. Der erste Mann starb an unbekannter Krankheit. Die zweite Ehe (seit 4 Jahren) unglücklich infolge der Geistesstörung. Sie soll geschlechtskrank gewesen sein. Keine Gedächtnisschwäche bemerkt. Ihr einziges Kind habe sie sehr gern. Sie sei sicher schon lange nicht richtig im Kopf, sonst hätte sie ihren Mann nicht so furchtbar verleumden können. Im Frühjahr d. J. Nierenleiden ärztlich festgestellt; sei aber früher schon aufgeregt und verändert gewesen. Seit mehreren Jahren glaube sie, man bestehle sie, und bezichtige grundlos alle möglichen Leute des Diebstahls. Der jetziges Zustand habe sich langsam entwickelt. Seit etwa 6 Wochen sei sie verwirrt, unruhig, schlafe nicht, schreie mitunter, sei ängstlich und glaube, alles sei vergiftet. Essen nehme sie nur von ihr (der Schwester) an. Letzte Nacht habe sie gesagt, im Garten unterm Rosenstrauch sei ein Kind vergraben, — ihre Mutter habe ihr das erzählt. Sie habe auch leichte Größenideen und spreche viel von ihrem Geld.

Befund: Unruhig, führt verwirrte Reden, will I. Klasse verpflegt sein, sie könne es bezahlen. Örtlich richtig, zeitlich falsch orientiert. Merkfähigkeit hochgradig gestört. Gesichtsausdruck verschwommen. Leichte Divergenz der Augenachsen. Linker Mundwinkel und linke Stirnseite etwas schlechter innerviert als rechts. Sprache etwas schwerfällig — nicht paralytisch. Lange Textworte kann sie anscheinend wegen Gedächtnisstörung nicht nachsprechen. Zunge o. B. Beim Zähnezeigen Beben der Lippenmuskulatur. Leichter Exophthalmus — Augen glänzen etwas. Pupillen gleich und eng. L. R. unausgiebig, aber deutlich. Konvergenz R. positiv. Korneal- und Konjunktivalreflexe verringert. Würgreflex fehlt. Pupillen beiderseits gerötet und unscharf. Am Halse starke Karotispulsation, die den Kopf jedesmal in zitternde Mitbewegung bringt. Beine ödematös sowie alle übrigen abhängigen Körperpartien. Sehnenreflexe sehr lebhaft. Kein Babinski, Oppenheim nicht prüfbar. Kein Klonus. Sensibilität o. B. Keine apraktischen oder aphatischen Symptome. Puls 108, gespannt, Druck über 240 Hg. Atmung beschleunigt und oberflächlich. Herzdämpfung schornsteinförmig. Spitzenstoß scheint außerhalb der Mammillarlinie zu liegen. Herzaktion im Pendelrhythmus. Zweiter Spitzenton nur wenig verstärkt. Aktion regelmäßig, dem Puls entsprechend beschleunigt. Die Töne sind fast geräuschartig unrein.



Zweiter Aorten- und Pulmonalton gleichstark akzentuiert. Keine Aortendämpfung. Lungengrenzen schlecht verschieblich. Vereinzelte hypostatische Geräusche. Im Urin $2^0/_{00}$ A, keine organischen Bestandteile. Wa im Blut stark positiv, im Liquor (post mort entnommen) negativ.

15. 11.: Bisher dreimal täglich 1,0 Diuretin. Ödeme fast verschwunden. Sensorium nur wenig freier. Unklar, hat Wahnideen, leichte motorische Unruhe.

17. 11.: Pat. verfällt mehr und mehr. Puls frequent und stark gespannt. Kann nicht mehr verständlich sprechen, schluckt nur mühsam. Facies Hippokratica. Auf Brust und Bauch petechiale Blutungen, die ziemlich plötzlich aufgetreten zu sein scheinen. Extremitäten können kaum noch bewegt werden. Fazialis und Hypoglossus o. B. Neigung der Blickrichtung nach rechts (Deviation conjugée?). Sensibilität, soweit prüfbar, intakt. Läßt unter sich. Unruhig, stöhnt. Ruckartige Zuckungen in den Extremitäten und Schultern.

19. 11.: Zustand verschlechtert sich weiter. Vermutlich zerebrale Blutungen, obwohl keine lokalen Ausfallerscheinungen nachweisbar. Atmung ganz oberflächlich. Trachealrasseln. Herzaktion sehr schlecht. Exitus letalis.

Sektionsbefund: Starke Herzhypertrophie, hämorrhagische Cystitis, chronische Granularnephritis. Gut kirschkerngroßer länglicher Erweichungsherd im linken Stirnhirn, keine Ependymitis granulosa, kein Hydrocephalus internus. Hirnhäute intakt. Multiple Ponsblutungen, davon eine etwa kirschkerngroß in Gegend des l. Fazialis- und Abduzenskernes. Zwei weitere liegen rechts neben der Raphe im Gebiet der sensiblen Schleife bzw. im Pyramidenflechtwerk. Klinische Diagnose: Urämie mit apoplektiformer Unruhe.

Fall 12. Helene Sch., verheiratet, 42 Jahre alt, aufgenommen 9. 4. 19, gestorben 9. 5. 19.

Der Verlust zweier Brüder im Felde griff sie sehr an. Sie sei früher nie eigensinnig oder mißtrauisch gewesen und habe in der Schule gut gelernt. Sie ist zweimal wegen Magengeschwür operiert. Seit 3—4 Jahren viel Harndrang. Keine Kopfschmerzen, kein Herzklopfen. Seit 4 Wochen Durst. Seit sie bettlägerig ist, kann sie nicht mehr lesen. Seit Anfang 1919 Stirnhöhleneiterung. Dann ungewöhnlich starke Perioden. Bald darauf Nervenstörungen. Sie schrie auf und frug: „Wo bin ich, was geht hier vor?“ Fortwährende zitternde Handbewegungen bis heute früh 4 Uhr. Dann versagte die Auffassung. Sie sah ihren Mann verständnislos an und sagte, sie könne nicht sprechen. Sie meinte, es ständen Leute vor der Türe, die aufpaßten, was sie sagte.

Befund: Sehr degenerierte Gesichtsbildung. Ohrläppchen angewachsen, Unterkiefer vorgeschoben, Kopf ausgesprochen viereckig. Unorientiert. Fühlt sich nicht krank, sondern „elend“. Wovon? „Von der Nase her.“ Sieht blaß und elend aus. Ist fahrig und motorisch unruhig. Oft antwortet sie nicht, sondern blickt den Arzt ratlos an. Bei der Aufnahme verhielt sie sich ruhig; war sehr ängstlich; sie bekomme Anfälle, sie habe unheilbaren Wahnsinn, habe ihren Mann betrogen. Schlief nicht, saß bis $^1/_2$5 früh aufrecht im Bett. Morgentemperatur 37°. Kleines 1 × 1 geht, schwierigere Subtraktion versagt. Etwas widerstrebend. Bei

Pupillenprüfung kneift sie die Augen zu. Die l. Pupille reagiert schlech
die r. besser. Wortfindung verlangsamt. Oft kurze Augenblicke weine
lich: „Ach wäre ich doch gestern nach Hause gegangen." Das Wein
kommt aber nie recht zum Durchbruch. Patientin ist schwer zu fixier
und leicht ablenkbar. Große motorische Unruhe und Inkohärenz. Säm
liche Bewegungen erfolgen langsam und zögernd. Das Bild ist nic
schizophren. Das ganze Verhalten scheint Folge gestörter Auffassu
zu sein. Zugleich etwas ängstliches Affekt. Anscheinend organisch
Leiden.

11. 4.: Sehr unruhig. Man habe ihre Tochter ermordet.

16. 4.: Im Urin deutlich Eiweis, einige hyaline Zylinder, zahlreic
mononukleäre Leukozyten. War gestern den ganzen Tag sehr erre
Am Morgen unruhig; Dauerbad. Katatoniforme Erregung. Ruft stereoty
„Lebendig begraben . . . 20—30 mal. Nein, nein, nein" in endloser Wied
holung. Dazwischen erkennt sie auf Befragen den Arzt, redet aber glei
weiter: „Lebendig verschwinden, . . . Ich bin auf dem Klosett, ich b
auf dem Klosett, . . ." Nach Hyoscin schläft sie im Bade. Schlaf
Sie? „Nein, sie wollen mich vergiften." Wollen sie zu Bett? Ja, j
ja, ja, nein, nein, nein, nein . . . usf. In der Nacht sehr unruhig; fuhr m
den Betten umher, riß alles vom Tisch, schrie und lachte beständig. Sel
im Dauerbad kaum zu halten. Hyoscin.

17. 4.: Mittags wieder dieselbe Unruhe und stereotyper Rededra
Abends erregt. Zog ihr Hemd aus; sie brauche keines. Hustete viel.

19. 4.: Heute ruhig. Salzlose Diät.

22. 4.: Schlief gut auf Trional 1,0. Die katatoniforme Stereotypi
ist nicht mehr aufgetreten.

23. 4.: Viel ruhiger. Verläßt noch zuweilen das Bett. Sie setz
sich auf den Boden und sagt: „Ich bin ein richtiger Mensch." Sie möcht
ein Zimmer haben.

24. 4.: Ist heute beschäftigungsdelirant. Nestelt lautlos und traum
haft an ihrem Bettzeug. Spricht wenig; die ganze Nacht schlaflos; wollt
dauernd aufstehen.

25. 4.: Schlief nicht; nicht im Bett zu halten. Faltet zeitweise ihr
Bettwäsche zusammen oder zieht ihre Leibwäsche aus und an. Näßt ein
Will sich bei der Untersuchung nicht hinsetzen. Lacht in ratlos traum
hafter Weise. Sie dürfe sich nicht setzen. Erkennt den Arzt. (Seit wan
sind sie hier?) „Seit gestern." (Geht es ihnen gut?) „Ja, Herr Dokto
hat gesagt, die Menschen stammen von Affen ab . . ., die Affen habe
das viele Blut. . . ." Sieht den Arzt ratlos und fragend an. Meist lächel
sie vor sich hin. „Zeppelin mußte gebadet werden." Plötzlich steht si
auf, wankt zur Tür, will sie öffnen und sieht nicht, daß die Klinke blin
ist, reißt daran. Darauf besieht sie sich längere Zeit im Spiegel. (Habe
wir Sommer oder Winter?) „Sommer." Was für einen Monat? . . . de
Monat . . . die vielen Affen haben. . . . Faßt offenbar schlecht auf. Ant
wortend zögernd und daneben.

29. 4.: Sieht verfallen aus. Die Euphorie ist einer dumpfen Rat
losigkeit gewichen. Die Arme werden steif gehalten. Sie spricht wenig
Temperatur erhöht. Vermutlich beginnende Bronchopneumonie. Abend
unruhig.



30. 4.: Heute wieder euphorisch. Sieht weniger verfallen aus. Gibt keine Antworten. Pupillen gleich und mittelweit, L. R. lebhaft. Leises Zittern des Unterkiefers. Urämischer Mundgeruch. Ratlos. Ängstliche Abwehr bei der Untersuchung. Fazialis o. B.; Zunge etwas rissig und trocken, sie wird nicht herausgestreckt. Sehnenreflexe stark gesteigert. Kein Babinski. Kein Oppenheim. Steifhaltung der Glieder, besonders des linken Beines und beider Arme. Keine Kontraktur, sondern Abwehr. Bauchdeckenreflexe nicht auslösbar. Keine Lähmungen. Auf Nadelstiche reagiert sie nicht. Herz nicht vergrößert. Frequenz etwas erhöht, Druck verringert, sonst o. B. Nacken wird etwas steif gehalten. Wegen schlechten Atmens ist Lunge schwer zu beurteilen. Beim Betreten und Verlassen des Untersuchungszimmers schreit sie laut. Stereotypien sind in den letzten Tagen nicht mehr beobachtet worden. Der Affekt war ziemlich stumpf, ratlos, euphorisch. Sie antwortete nicht mehr. Zuweilen herum und traumhaftes Herumbasteln.

30. 4.: Urin dunkelrot. 2‰ Eiweiß; gekörnte und Wachszylinder, weiße, stark verfettete Blutkörperchen, braunrot verfärbte Detritusmassen. Keine frische Erythrozyten.

2. 5.: Hohe Temperaturen, spricht wenig, ist verwirrt, steif, unbeholfen verkrampft.

5. 5.: Spricht wenig. Schweißausbrüche. Klammert sich an die Besucher an.

6. 5.: Schläft wenig, ist aber ruhig. Sehr elend.

7. 5.: Schläft jetzt viel, gänzlich benommen.

8. 5.: Soporös. Keine Äußerungen, stöhnt die ganze Nacht. Langsame Agonie. Im Blutserum 53,83 Rest-N. Also Urämie. Abends Exitus letalis.

Sektionsbericht: Klinische Diagnose: Chronische Nephritis, Urämie.

Hauptkrankheit: Rezidivierende Glomerulonephritis.

Außerdem: Endokarditis der Mitralis, Bauchnarbe, Gastroenterostomie, Enteroanastomose; Leber 1020 g.

Zu diesen beiden Fällen habe ich absichtlich die Originalkrankenblätter fast vollständig wiedergegeben, denn sie sollen zur Illustration der sehr wichtigen Frage dienen, inwieweit die Symptome genuiner Geisteskrankheiten bei symptomatischen Psychosen vorkommen können.

Flüchtige Wahnideen und ängstliches Widerstreben kommen bei allen Geisteskrankheiten mehr oder weniger häufig vor. Es ist jedoch auffällig, daß auch stabilere Wahnbildungen und katatonische Symptome gelegentlich bei symptomatischen Geistesstörungen beobachtet werden, die doch dem meist akuten oder transitorischen Charakter dieser letzteren gar nicht entsprechen. Feste Wahnbildung und Negativismus, wie wir sie in den Fällen 11 und 12 finden, sind ihrer Natur nach Symptome einer chronischen paranoiden Psychose bzw. einer chronisch katatonischen Störung. Sie unterscheiden



sich von flüchtigen Wahnvorstellungen und ängstlichem Widerstreben, die wir bei urämischen Psychosen häufig beobachten, nicht nur graduell, sondern wesentlich. Wir finden sie daher als Begleitsymptome akuter, z. B. urämischer Geistesstörung nur dann, wenn bereits eine chronische psychische Anomalie, meist hereditärer Natur, vorhanden war.

Im Fall 11 weist der ganze Verlauf auf eine schwere Intoxikation hin. Ich erwähne nur den allgemeinen akuten Verfall und die petechialen Blutungen, welche zusammen mit der Granularnephritis und deren Symptomen die Diagnose Urämie, auch ohne Nachweis gesteigerten Reststickstoffs, sichern. Verlauf der Geistesstörung und Fehlen objektiver luischer Befunde an der lebenden Patientin, wie bei der Sektion, sprechen trotz positiven Wassermanns gegen eine luische oder postluische Krankheit des Zentralnervensystems und für Urämie. Das Auffällige im vorliegenden Falle ist der chronische, in den letzten Wochen exazerbierte Beeinträchtigungswahn. In seiner Entstehung sind drei scharf getrennte Perioden unterscheidbar:

1. Das Vorstadium: Eine eigentliche Psychose besteht noch nicht. Es fällt nur der eigentümliche Charakter der späteren Kranken, ihr Eigensinn, ihr reizbares und zänkisches Wesen auf.

2. Die paranoide Psychose: Das Auftreten und jahrelange Fortbestehen der Idee des Bestohlenwerdens.

3. Die urämische Psychose: Die seit etwa 6 Wochen bestehende akute halluzinatorische Verwirrtheit mit Steigerung und Vervielfältigung der Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen.

Das 1. Stadium ist lediglich der Ausdruck einer neuropathischen konstitutionellen Anomalie. Wodurch dann später ein manifester chronischer Beeinträchtigungswahn entwickelt wurde, wissen wir nicht sicher. In der Anamnese wird der lockere Lebenswandel und eine frühere Geschlechtskrankheit der Patientin erwähnt. Beide können genügend Gelegenheit zu psychischen Traumen gegeben haben. Eine Urämie lag damals sicherlich noch nicht vor. Eine solche wäre nicht jahrelang ohne Exazerbation chronisch verlaufen und hätte vor allem keine völlig isolierte Geistesstörung ohne somatische Symptome gemacht. Die dritte Phase aber ist eine ausgesprochene urämische Psychose, wenn sie auch aus der bereits früher vorhandenen Störung den Beeinträchtigungswahn übernommen hat. Der Übergang soll sich zwar langsam vollzogen haben, ist aber absolut deutlich. Die Wahnideen wurden lebhafter und mannigfaltiger (Vergiftungs- und Größenideen, lebhafte Halluzinationen), ängstliche Verwirrtheit und Erregung bei teilweiser Desorientiertheit treten an Stelle ihres



; dahin ganz geordneten Wesens. Der weitere Verlauf entspricht serer früheren allgemeinen Schilderung der urämischen Psychose.

Der paranoide Beeinträchtigungswahn hat offenbar nichts mit r Urämie zu tun. Er bestand schon früher. Ja die für paranoide ychosen verlangte feste Gleichmäßigkeit der Idee des Betrogen- d Bestohlenwerdens wird durch das Hinzutreten der Urämie sicht- h verwischt.

Wie schon oben erwähnt, ist der gewöhnliche Ausgang der Urämie r Herztod, als Folge der Herzintoxikation. Der vorliegende Fall ßt die urämische Giftwirkung auf Herz- und Gefäßsystem durch s Auftreten petechialer Blutungen an der Körperoberfläche und im hirn besonders klar hervortreten. Er beweist andererseits auch, ß Herdsymptome bei Urämie durchaus keine Hirnarteriosklerose er anderweitige Hirngefäßerkrankungen zur Voraussetzung haben. ie urämische Intoxikation des Gefäßsystems allein genügt zur Hervor- fung von zerebralen Blutungen.

Im Fall 12 ist das Auftreten katatonischer Symptome: Stereotypie id Negativismus bemerkenswert. Die Anamnese läßt uns hier bei r Suche nach schon früher vorhandenen konstitutionellen Defekten, elleicht infolge ihrer Unvollständigkeit, im Stich. Dagegen finden ir im objektiven Befund vermerkt: sehr degenerierte Gesichtsbildung, rläppchen angewachsen, Unterkiefer vorgeschoben, ausgesprochen ereckige Kopfform. „Wir können uns vorstellen" (*Kräpelin*), „daß rt, wo sichtbare Zeichen einer fehlerhaften Ausbildung des Körpers tage treten, leicht auch diejenigen Gewebe gelitten haben können, ie wir als Träger der psychischen Persönlichkeit ansehen." Die rfahrung zeigt ferner, daß sogenannte körperliche Degenerations- eichen häufig von konstitutionellen Anomalien des Zentralnerven- ystems begleitet sind. Ererbte Bildungsstörungen beruhen eben eist auf chronisch schädigenden Krankheiten der Voreltern, die on so dauernder eingreifender Natur gewesen sind, daß sie auch len Kern des Individuums, die Psyche bzw. deren körperliches Sub- trat, das Zentralnervensystem, angegriffen haben, und auch dessen ehler erben sich in den verschiedensten Formen mit fort. Es liegt lso nahe anzunehmen, daß die bei der Patientin vorhandenen egenerationszeichen eine degenerative erbliche Belastung bedeuten, ie das Auftreten katatonischer Symptome bei der urämischen Psychose egünstigten.

Im einzelnen stellt sich dieser Fall dar als ratlose Verwirrtheit it ängstlicher Erregung und wechselnden Wahnideen in Form von



Angstvorstellungen (draußen ständen Leute und paßten auf, was sie sage; man habe ihre Mutter ermordet, man wolle sie vergiften; lebendig begraben . . .) und Versündigungswahn (sie habe ihren Mann betrogen). Dabei besteht anfangs ein deutliches Krankheitsgefühl (sie bekomme Anfälle, habe unheilbaren Wahnsinn). Schon bei der Einlieferung verhielt sie sich wohl infolge der Auffassungsstörung etwas widerstrebend. Die ängstlichen Erregungszustände wechseln ab mit ruhigeren Tagen. Am Ende der 1. Woche wird sie wieder sehr unruhig und erregt. Ängstliche und katatoniform euphorische Erregung folgen aufeinander, begleitet von triebartigen Redestereotypien, deren Inhalt der jeweiligen Affektlage entspricht (lebendig begraben, lebendig . . . lebendig verschwinden, lebendig verschwinden . . ., ich bin auf dem Klosett, ich bin auf dem Klosett usf.). Als nach 2 Tagen die Erregung nachließ, schwanden auch die Stereotypien.

Sind diese Redestereotypien echt katatoner Natur? Ich neige folgender Erklärung des Vorganges zu: Die Auffassung ist erschwert. Gelingt es aber einzelnen Wahrnehmungen oder Empfindungen sich im Bewußtsein zur Vorstellung zu bringen, so werden sie infolge der bestehenden ängstlichen Erregung in depressivem Sinne wahnhaft umgedeutet und haften durch die damit gleichzeitig erhaltene Affektbetonung (ängstliche Wahnvorstellungen sind ja immer affektbetont) solange, bis sie durch neue gleichwertige Ideen verdrängt werden. Da nun gleichzeitig starker Rededrang bei erschwerter Wortfindung besteht, ist es erklärlich, daß eine solche haftende Idee sich durch endloses Wiederholen eines oder mehrerer glücklich gefundener Worte äußert. Offenbar brachte im vorliegenden Falle die Grabähnlichkeit der Badewanne die Kranke zu der Idee des Lebendigbegraben werdens, ebenso wie die erleichternde, spannunglösende und beruhigende Wirkung des Bades den Stuhldrang bewirkte bzw. ihr den Gedanken auf dem Klosett zu sein eingab.

Diese Form der Stereotypie können wir m. E. gar nicht als katatones Symptom ansehen, denn sie ist auf dem Boden der ängstlichen Erregung entstanden. Ebenso darf das bei vielen sympt. Psychosen zu beobachtende ängstliche Widerstreben nicht mit dem affektlosen katatonischen Negativismus verwechselt werden. Dieser letztere zeichnet sich vielmehr durch die Willenlosigkeit der Automatie, die Affektlosigkeit des Widerstandes und die Urteilslosigkeit der aktiven negativistischen Abwehr aus.

Erst am 16. 4. wird die bis dahin ängstliche Erregung euphorisch katatonisch und dauert als solche bis zum 18. 4. an. Während nu

in den meisten anderen Fällen auch in der erregungsfreien Zwischenzeit ein deutlich ängstlicher Affekt bestehen bleibt, ist er einer ratlosen, traumhaften Euphorie gewichen. Auch die zwischen dem 24. 4. und 27. 4. wiederkehrende Erregung ist nicht von ängstlichem Affekt, sondern von katatoniformer ratloser Euphorie und Beschäftigungsdelirien begleitet. Im Anschluß an diese zweite Erregungsperiode tritt dann am 29. und 30. 4. katatonischer Negativismus in Form von Gliedersteife auf. Die ratlose Verwirrtheit und katatonische Gliedersteife bleibt bis zum Eintritt der Benommenheit am 7. 5. bestehen, während die Redestereotypie sich nicht mehr zeigt.

Auch dieser Fall beweist somit die Möglichkeit katatoner Symptome bei symptomatischen Geisteskrankheiten, wenn auch die Redestereotypie sich vielleicht als nicht eigentlich katatonisch erwies. *Kurt Schneider* hat sich schon 1914 in einer Abhandlung über diese Frage unter gründlicher Aufarbeitung der einschlägigen Literatur und Verwertung seiner eigenen Erfahrungen dahin ausgesprochen, daß katatone Zustandsbilder überall vorkommen können, wo Störungen des Vorstellungsablaufs (Bewußtseinseinengung) auftreten, daß das Auftreten sogenannter katatoner Symptome an sich nicht die Diagnose genuine Katatonie rechtfertige. An letztere müsse man aber denken, wenn katatone Symptome ohne Bewußtseinstrübungen auftreten. Da starke affektive Erregungen zweifellos eine Bewußtseinstrübung bedingen, ist die Verwandtschaft der katatonischen Symptome bei Bewußtseinstrübungen mit katatonieähnlichen der depressiven Erregung (Stereotypie, ängstliches Widerstreben) ohne weiteres verständlich. Zwischen diesen drei Formen (echte katatonische Symptome bei Katatonie, katatonische Symptome bei anderen Psychosen mit Bewußtseinstrübung und katatonieähnlichen Symptomen bei depressiver Erregung) gibt es vermutlich auch Misch- und Zwischenformen.

Eine vierte Gruppe urämischer Psychosen bilden die Fälle, bei denen die Erregung und Verwirrtheit meist nicht den Grad der delirösen oder der halluzinatorischen Verwirrtheit erreicht, und die sich durch mannigfache Beziehungen zu den arteriosklerotischen Geistesstörungen oder auch durch paralyseähnliche Symptombilder auszeichnen. Dementsprechend werden bei diesen Kranken Herdsymptome häufiger beobachtet und die Geistesstörung scheint eine gewisse Neigung zum Ausgang in Demenz zu haben. Zur Illustration des Gesagten lasse ich die Auszüge dreier Krankenblätter folgen:

Fall 13. August Kl., 61 Jahre alt, verheirateter Handlungsgehilfe, aufgenommen 25. 3. 16, verlegt 29. 3. 16, am 12. 4. ungeheilt entlassen.



Wegen Unorientiertheit und unruhiger Verwirrtheit von der Med. Klinik hierher verlegt. Im Urin war Eiweiß, hyaline und granulierte Zylinder nachgewiesen. Blutdruck 140—190. Wa im Blut stark positiv. Befund: Glaubt sich in einer Wirtschaft. Vorgehaltenen Zeigefinger nennt er erst nach längerem Überlegen. Am 26. 3. etwas klarer. Er erkennt den Arzt wieder. Ausgesprochene Apraxie — kann Fingerstellung und leichte Bauübungen nicht nachmachen. Keine sensorische Aphasie — nur etwas träge Reaktion. Kleines 1 × 1 geht nicht. 7983 nach Zwischenfragen vergessen. Besinnt sich nicht auf die Firma, bei der er über 9 Jahre angestellt war. Kaiser? — Friedrich, dann Wilhelm III. Vor 20 Jahren habe er eine Geschlechtskrankheit gehabt und mit grauer Salbe geschmiert. Sei nie krank gewesen, bis das Gedächtnis anfing nachzulassen. Auch das Gehen sei namentlich im Dunkeln unsicher geworden. Sprache sei immer gut gewesen. Er habe jedoch viel Kopfschmerzen gehabt. Er behauptet hier in Aachen zu sein. Äußerlich erscheint er als mittelkräftiger, blasser Mann mit etwas trübem Blick. Linker Mundwinkel hängt etwas. Starker Tremor der Hände, der bei Anstrengung abnimmt. Grobe Kraft stark herabgesetzt. „Fuß vor Fuß"-Gang. Sehnenreflexe gesteigert. Deutlicher Fußklonus. Babinski wegen Verkrüppelung nicht prüfbar. Oppenheim scheint positiv. Koordination sehr ungeschickt. Sprache etwas zittrig. Absolute Herzdämpfung handflächengroß. Herzaktion regelmäßig, Herztöne dumpf und etwas leise. Ziemlich starke periphere Arteriosklerose. Rechts hinten unten über der Lunge ausgedehnte Dämpfung mit Abschwächung des Atemgeräusches und des Stimmfremitus. Pupillen etwas verzogen, eng, reagieren kaum. 29. 3.: Nach Galkhausen verlegt. Dort gibt er als Geburtsdatum den 17. 9. 1654 an. Der September sei der dritte Monat. Fast gänzlich unorientiert. Diagnose: Dementia senilis. Er verhielt sich in G. dauernd ruhig und verließ das Bett nicht. Auf Wunsch der Angehörigen wird er ungeheilt entlassen.

Die anfängliche unruhige Verwirrtheit zusammen mit der Nephritis sprechen für urämische Auslösung der Psychose. Der weitere Verlauf entspricht einem arteriosklerotischen senilen Rückbildungsprozeß.

Fall 14. Hedwig R., 47 Jahre alt, ledig; aufgenommen 29. 4. 15, verlegt 10. 7. 15, gestorben 1. 10. 15.

Vorgeschichte: Als Kind Hirnhautentzündung und Diphtherie. Vor $2^1/_2$ Jahren Schlaganfall; seither Denken und Rechnen erschwert. Vor etwa 2 Monaten ins Krankenhaus gebracht, wird sie jetzt wegen verwirrter Reden und Unruhe hierher verlegt. In letzter Zeit viel Kopfschmerz. Sehen sei verschlechtert. Selten Erbrechen.

Befund 29. 4. 15: Orientierung schlecht. Merkfähigkeit und Rechnen schwach. Macht schwer besinnlichen, denkunlustigen Eindruck. Verhält sich geordnet. Herz nach rechts verbreitert. Deutlicher Venenpuls und systolische Pulsationen in beiden Infraklavikularräumen und Kehlgrube. Zweiter Aorten- und Pulmonalton verstärkt. Systolisches Geräusch an Trikuspidalis. Pulszahl 72, regulär und sehr hart. Sehr hoher, nicht mehr meßbarer Blutdruck. Im Urin $1^9/_{00}$ Albumen.

3. 5.: Zeitweise somnolent, nicht orientiert.

21. 5.: Klarer. Blutdruck noch über 250 Hg. Keine Kopfschmerzen mehr.



7. 6.: Verwirrt, glaubt sicb zu Hause in Ehrenfeld.

14. 6.: Starkes Nasenbluten. Ihre Schwester sei im ersten Stock. n wolle sie nicht zu ihr lassen.

20. 6.: Verkennt Personen; näßt ein; zeitweise verwirrt. Sie erkennt e Schwester und will mit ihr nach Hause. Sie muß gewaltsam zurück- ıalten werden.

10. 7.: Bild unverändert. Wird nach Galkhausen verlegt. Aufnahme- fund in G.: Tremor der Hände, schwankender Gang. Leichte Parese r Extremitäten. Zunge zittert im Gewebe. Sprache schwerfällig stolpernd. .tientin ist verwirrt und unorientiert, im übrigen dem früheren Befund tsprechend. Diagnose: Postapeplektische Demenz.

3. 8.: Hält sich sauber. Gleichmäßig stumpfes Wesen. Zeitweise regt. Führt wirre Reden von Schimpfworten, die sie gehört habe. Nachts sie zuweilen laut.

5. 9.: Zunehmend unrein und stumpf. Nimmt Nahrung nur bei öffelfütterung.

1. 10.: Unter zunehmender Schwäche erfolgt der Exitus. Das ychische Bild: leichte Benommenheit, Nachlassen des Gedächtnisses, r Aufmerksamkeit und der Auffassung, die Verwirrtheit (mit Illusionen ıd Halluzinationen) sowie die Desorientiertheit ist das der urämischen sychose. Auffallend ist nur der chronische Verlauf mit Übergang in emenz. Diese Entwicklung wie auch die paretischen Erscheinungen nd wohl auf die gleichzeitige Hirnarteriosklerose zurückzuführen, die ereits vor Beginn der Urämie bestand und auch den früheren Schlag- ıfall hervorgerufen hat.

Es ist klar, daß in diesem schwierigen Grenzgebiet der Urämie egen Arteriosklerose, Paralyse und Lues cerebri auch bei bester eobachtung eine scharfe Scheidung in einzelnen Fällen zur Unmög- chkeit werden kann. Eine eingehendere Besprechung der patho- ogisch-physiologischen Zusammenhänge der Urämie und Arterio- klerose würde hier zu weit führen. Es bleibt noch die vergleichsweise Erörterung der klinischen Symptome.

Schon die arteriosklerotische Pseudoneurasthenie kann einer eginnenden leichten Urämie bzw. urämischen Psychose außerordent- lich ähneln. Kopfschmerz, Schwindel, Arbeitsunlust, reizbare Stim- mung, Schlafsucht und leichte Desorientiertheit, Hypertrophie des . Ventrikels, Verstärkung des 2. Aortentons, leichte Albuminurie und flüchtige Paresen sind beiden Erkrankungen gemeinsam. Dagegen prechen Einschlafen und Prickeln der Extremitäten, neuralgische Beschwerden für Arteriosklerose; auffällige Orientierungs- und Auf- fassungsstörungen mit Beginn der Erregung sowie nephritische Ödeme für Urämie. Schwieriger wird die Unterscheidung von einer vor- geschrittenen Arteriosklerose besonders bei älteren Patienten, und das sind eben die Fälle unserer 4. Gruppe. Hier kann auch die Arterio-



sklerose unter Umständen denselben Wechsel zwischen stumpfer Apathie und verwirrter Erregung zeigen wie die Urämie, und andererseits können wir auch der Urämie die Fähigkeit, die verschiedensten Ausfalls- und Herderscheinungen hervorzurufen, nicht abstreiten. Viele Intoxikationen und Infektionen können ja Haut- und Organblutungen machen. In solchen Fällen kann wohl nur die Untersuchung des Harnsediments und vor allem die Rest-N-Bestimmung einwandfreie Diagnosen liefern, zumal vorhandene Symptome einer peripheren Arteriosklerose durchaus nicht das Bestehen einer Hirnarteriosklerose beweisen.

Hierher gehört auch die urämische Pseudoparalyse, wie sie von *L. Bruns* und einigen anderen beschrieben wurde. Außer auf den Urin und Rest-N-Befund, Erbrechen, Retinitis albuminurica kann die Diagnose „urämische Psychose" in Zweifelsfällen gestützt werden durch den Nachweis, daß die psychischen Defekte nur scheinbare, durch vorübergehende Bewußtseinstrübungen hervorgerufene sind. In einem der mir vorliegenden Krankenblätter (*Piel*), deren vollständige Mitteilung wegen der notwendigen Kürze leider nicht möglich ist, heißt es: „Oberflächliche Ähnlichkeit mit Paralyse: schlaffe Züge, mangelnde Initiative, verwaschene Sprache, paralytische Schriftstörung, träge Pupillen, ängstliche Verwirrtheit. Jedoch besteht hier nicht wie bei Paralyse eine durch langsame Zerstörung defekt gewordene Persönlichkeit, sondern eine durch Benommenheit ziemlich akut umnebelte Persönlichkeit. Die Defekte lassen sich unschwer aus der Benommenheit erklären und werden, wenn die Fixierung der Aufmerksamkeit gelingt, in weitem Maße ausgeglichen." Die Grenze zwischen Demenz bzw. defekter Persönlichkeit und bloßer Benommenheit dürfte aber manchmal schwierig festzulegen sein.

Von den verschiedenen Erscheinungsformen der Lues cerebri sind es die von *Kräpelin* als syphilitische Pseudoparalyse (postsyphilitische Demenz *Binswanger*) zusammengefaßten Fälle und die expansive Form der syphilitischen Pseudoparalyse mit deliriöser Verwirrtheit, die in ziemlicher Treue von der Urämie nachgeahmt werden können. Ein Beispiel letzterer Art ist folgender Fall aus der Kölner psychiatrischen Klinik.

Fall 15. Es handelte sich um einen 54 jährigen verheirateten Schutzmann. Er war seit langen Jahren herzleidend (wahrscheinlich auch nierenleidend) und hat vor einem Jahr bereits einen ähnlichen Zustand wie jetzt überstanden. Das Bewußtsein, chronisch unheilbar krank zu sein, brachte ihn auf allerlei hypochondrische Ideen, Selbstbezichtigung und schließlich zum Selbstmordversuch. Frau hatte vier Fehlgeburten,



Kind starb, zwei sind gesund. Er war bei der Aufnahme in sehr mäßigem ährungszustand, die untere Körperhälfte ödematös. Zunge zittert Gewebe, Gaumensegelinnervation ungleich, Romberg angedeutet, hter Tremor der Hände, Reflexe o. B. Blasendes, diastolisches Geräusch, onders an der Spitze und an der Mitralis hörbar. Geringe Herzver- iterung nach links. Sklerose der peripheren Arterien. Blutdruck 140 Hg. z stark vergrößert und hart. Leber nach unten vergrößert. Linke rengegend stark druckempfindlich. Im Urin finden sich Eiweiß und ithelzylinder. Wassermann im Blut stark positiv. Bei der Aufnahme l während der Nacht war er sehr unruhig und laut. Ißt nichts. Am genden Morgen behauptet er, die Pfleger hätten ihn zweimal chloro- miert. Seine Frau sei draußen und warte auf ihn. Mitunter sehr erregt, impft und flucht. In der nächsten Nacht gleiches Verhalten. Er äußert erlei hypochondrische Ideen (den ganzen Leib voll Blei usw.). Er gibt chtige, meist zutreffende Antworten, ist aber rasch wieder abgelenkt. ill nach Hause; er könne dort auch gesund werden. Er sei gar nicht ank. Er sei ganz klar. Im nächsten Moment stellt er wieder ganz un- nige Behauptungen auf. Flüchtige Beschädigungs- und Verfolgungs- een. Spricht vor sich hin, achtet aber auf das, was andere sagen, und gt öfters: „Was haben sie gesagt?" Ist unorientiert. Nur das kleine × 1 geht gut. Merkfähigkeit stark herabgesetzt. Dann erzählt er wieder nigermaßen geordnet von seinem Herzleiden, Kopfschmerz und seinem lbstmordversuch. Nach dreitägiger Beobachtung wird er in eine andere nstalt verlegt. Dort verhält er sich ähnlich, lehnt jedoch jede Unter- chung ab. Unruhig, erregt, schwer fixierbar. Wird plötzlich hand- eiflich. Dann äußert er Größenideen. Beantwortet kaum eine Frage nd behauptet bald Schutzmann, bald Schneider, bald Schuster zu sein. alluziniert lebhaft. Am 7. Tage nach seiner Einlieferung in der Kölner linik zunehmende Hinfälligkeit und Verwirrtheit und schließlich Exitus nfolge von Herzschwächen.

Für Lues cerebri sprechen in diesem Falle der stark positive Wasser- nann und die vier Fehlgeburten der Frau. Die ungleichmäßige Beteiligung er einzelnen seelischen Leistungen kann sowohl bei Urämie, wie bei Lues cerebri vorkommen. Der Wechsel in der Benommenheit und Ver- wirrtheit (bald klar, bald verwirrt und unorientiert) hingegen deutet mehr auf eine wechselnde urämische Giftwirkung. Weiter sprechen für Urämie der Urinbefund, die Ödeme und die Druckempfindlichkeit der Nierengegend.

Da eine Sektion anscheinend nicht gemacht wurde, ist die Natur des Herzleidens nicht aufgeklärt und eventuell zerebrale oder ander- weitige, luische Prozesse nicht aufgeklärt worden. Die Diagnose bleibt somit zweifelhaft. Immerhin zeigt der Fall einige differentialdiagnostisch wichtige Berührungspunkte der Lues cerebri und der urämischen Psychose.

Das Fehlen einiger Sektionsberichte bzw. Hirnsektionen ist wohl auf die Arbeitsüberlastung der Pathologen während des Krieges zurück- zuführen.

Hervorzuheben wäre noch, daß bei allen 5 Fällen der letzten Gruppe eine periphere Arteriosklerose nachgewiesen ist, während



bei Gruppe 1 nur drei (50%) an peripherer Arteriosklerose litten und die 2. und 3. Gruppe ganz frei davon sind. Das ist jedoch kein genügender Grund diese Fälle von den urämischen Psychosen einfach als Hirnarteriosklerosen abzutrennen, wie es versucht wurde. Eine einwandfreie Diagnose wird oft nicht zu stellen sein. Man wird in Zukunft noch mehr als bisher die Rest-N-Bestimmung als Differentialdiagnostikum heranziehen müssen, denn die übrigen körperlichen und vor allem psychischen Symptome pflegen nicht sehr charakteristisch zu sein.

Von den 17 in dieser Abhandlung verwerteten Fällen (11 davon sind hier mitgeteilt) gehören 6 zu Gruppe 1, 4 zu Gruppe 2, 2 zu Gruppe 3 und 5 zu Gruppe 4. Im ganzen waren es 8 männliche und 9 weibliche Patienten.

Die Gruppen 2 und 3 (die akutesten und blühendsten Psychosen) setzen sich lediglich aus Frauen zusammen. Dieses Überwiegen der Frauen ist bei reinen Psychosen aus der auch physiologisch größeren Labilität der weiblichen Psyche zu erklären und wird häufig erwähnt. Die Organ-Psychosen der Gruppe 4 dagegen betreffen zu $^4/_5$ männliche Patienten, deren häufigere Erkrankung an den dieser Gruppe verwandten Krankheitsformen der Arteriosklerose, Paralyse und Lues bekannt ist.

Unverkennbar ist der Einfluß der neuropathischen Konstitution bzw. Belastung auf das Zustandekommen der urämischen Psychose. Von den 12 Fällen der Gruppen 1—3 werden 2 als von jeher nervös, 2 als von jeher eigensinnig und zänkisch bezeichnet; bei 2 anderen war der Vater schwerer Trinker, die Mutter verwachsen bzw. tuberkulös; eine hatte als Kind Chorea, eine andere Meningitis und Diphtherie; eine bot sichere äußere Degenerationszeichen. Also ist in 75% der reinen Psychosen eine konstitutionelle Prädisposition wahrscheinlich gemacht.

Das Durchschnittsalter der erkrankten Männer war 55, der Frauen 44 Jahre.

Die Sehnenreflexe sind durchweg gesteigert. Bei Gruppe 4 wird häufiger Patellar- und Fußklonus beobachtet, gelegentlich auch Andeutung von Babinski und Oppenheim, die bei beiden anderen Gruppen nicht vorkamen.

Auch leichte Pupillenstörungen waren fast in allen Fällen nachweisbar, und zwar meist als Formveränderung, Ungleichheit und träge Reaktion. Reflektorische Lichtstarre wurde nur einmal beobachtet.



Wenn wir die Ergebnisse der Untersuchung noch einmal kurz sammenfassen, so ergibt sich folgendes:

1. Die urämische Psychose besteht gewöhnlich in einer akuten, nchmal deliriösen Verwirrtheit ohne besonderes Charakteristikum.

2. Urotoxische (durch Harnretention hervorgerufene apathische nommenheit) und nephrotoxische (durch Nephrolysine bewirkte liriöse Symptome) Psychosen kommen selten rein vor. Die gewöhnhe urämische Psychose ist eine Mischform beider.

3. Bei degenerativ belasteten Kranken kann die urämische ychose Anklänge an genuine Psychosen zeigen.

4. Eine Anzahl der Arteriosklerose nahestehender Fälle zeigt ien mehr chronischen Verlauf und ist von den auf organische Hirnrankungen (Arteriosclerosis cerebri, Dementia paralytica, Lues rebri) beruhenden Psychosen vielfach schwer zu trennen.

5. Neuropathische Konstitution bzw. Belastung scheint das iftreten psychotischer Symptome bei Urämie stark zu begünstigen.



Der Symptomenkomplex der Ratlosigkeit bei einer Involutionspsychose[1]).

Von

Dr. **E. Fünfgeld**, Assistenzarzt der Klinik.

In einer jüngst veröffentlichten Arbeit über die Erscheinungsformen des Irreseins führt *Kräpelin*[2]) aus, daß der Einfluß der biologischen Umwälzungen, die für psychische Erkrankungen angenommen werden müssen, auf die Gestaltung des Krankheitsbildes mehr ein allgemein richtunggebender sei, während die Einzelzüge der Psychosen der individuellen Eigenart des Erkrankten entstammen. In der Gesamtheit der ererbten und erworbenen Eigenschaften der Person lägen somit die psychologischen Mechanismen begründet, die vom Krankheitsprozeß in Bewegung gesetzt als Psychose imponieren; die Wege, die die Psychose beschreite, seien gleichsam schon angelegt. Die Krankheitserscheinungen seien somit für die Feststellung der Krankheitsursachen nicht entscheidend, hätten nur aufklärenden Wert, insofern ein bestimmter Krankheitsvorgang zu einer Reihe von Äußerungen mehr disponiere, als ein anderer.

Damit betont auch *Kräpelin* die Wichtigkeit des Studiums der Symptomenkomplexe, die schon von zahlreichen anderen Autoren, wie *Hoche*[3]) und *Möbius*[4]) hervorgehoben worden ist. So hat *Hoche* in öfteren Ausführungen auf die prinzipiellen Schwierigkeiten der Abgrenzung und Aufstellung von Krankheitsformen hingewiesen und der Anschauung Ausdruck gegeben, „daß in der normalen Psyche, ebenso wie in der degenerativ veranlagten, bestimmte Symptomenkomplexe präformiert liegen, die teils das ausmachen, was wir den Charakter des Menschen nennen, teils im Falle besonderer krank-

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Freiburg i. B. (Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. *Hoche*).

[2]) *Kräpelin*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 62, 1920.

[3]) *Hoche*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 12, 1912.

[4]) *Möbius*, Vermischte Aufsätze. V. Heft, 1.



machender Einflüsse bestimmen, wie die krankhaft abweichende Reaktionsform der Persönlichkeit ausfällt".

Auch *Bumke*[1]) verficht ähnliche Ansichten.

Die Psychosen im Rückbildungsalter haben den klassifikatorischen Bemühungen besonders hartnäckig getrotzt. Alle Verlaufsformen scheinen ineinander überzugehen. So ergibt sich aus der Unlösbarkeit der Frage nach den Krankheitseinheiten mit Notwendigkeit die Beschränkung auf die Beschreibung der Erscheinungsformen.

Der Zweck meiner Arbeit soll die Beschreibung und die psychologische Analyse der Psychose einer älteren Frau sein. Die Erkrankung zeigt eine Reihe von Besonderheiten, die ihr ein über das Kasuistische gehendes Interesse verleihen. Einmal ist ein solcher Symptomenkomplex, soweit ich sehe, noch nicht beschrieben und fällt ganz aus dem üblichen Rahmen heraus, dann ist die Psychose psychologisch außerordentlich durchsichtig, endlich werden durch ihre Beziehungen zu anderen Krankheitsbildern interessante psychologische und klinische Probleme zu erörtern sein. Eine meiner Fragestellungen wird auf Grund der oben skizzierten Gesichtspunkte lauten, inwieweit sich die Symptomatologie dieser Erkrankung auf bereits im prämorbiden Leben vorhandene Reaktionsformen und Inhalte zurückführen läßt.

Doch zunächst zur Krankengeschichte:

Emma R., 45 Jahre alt. Über die Vorgeschichte läßt sich durch sie und ihre Tochter folgendes eruieren:

Nerven- und Geisteskrankheiten sollen in der Familie nicht vorgekommen sein. Die Patientin selbst machte eine normale Entwicklung durch, war nie besonders krank, eine gute, fleißige Schülerin. Menses traten mit 14/15 Jahren auf, stets regelmäßig und ohne Beschwerden. In den beiden letzten Jahren wurden sie unregelmäßig, kamen in größeren Zwischenräumen, doch ohne Erscheinungen sonstiger Art.

Mit 20 Jahren heiratete Patientin einen Militärbeamten; der Ehe entsproß eine gesunde Tochter. Aborte hat Patientin nie gehabt.

Sie soll eine tüchtige, intelligente Frau, im Haushalt sparsam, umständlich, oft unpraktisch, aber peinlich genau und gewissenhaft, dabei eine reizbare, mißtrauische Person, eine „Kratzbürste" gewesen sein. Sie war außerordentlich eifersüchtig, glaubte ihren Mann häufig auf Abwegen und machte ihm dann heftige Szenen, nach Angabe der Tochter stets ohne Grund. Dabei liebte sie ihren Mann zärtlich und war um sein Ergehen stets sehr besorgt.

Sie lebte vor dem Kriege in M. im Elsaß nahe der französischen Grenze und mußte mit Kriegsausbruch unter Zurücklassung des größten Teiles ihrer Möbel flüchten. Der Aufbruch muß dafür typisch gewesen sein, wie wenig sie plötzlichen Aufgaben gewachsen war:

[1]) *Bumke*, Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden 1919.



Ihre Aufregung sei weit über das physiologische Maß hinausgegangen, sie sei bei allen Bekannten herumgelaufen, habe sich erkundigt, ob diese auch fort müßten, habe zuerst die unnötigsten Dinge zusammengepackt und das wirklich Notwendige vergessen.

Sie hielt sich seitdem mit kurzen Unterbrechungen in F. auf. Die notwendigsten und wertvollsten der zurückgelassenen Gegenstände holte sie sich allmählich, alles übrige blieb, weil sie nach dem günstigen Ausgang des Krieges zurückzukehren gedachte. Nach dem Zusammenbruch war an ein Holen der Möbel natürlich nicht mehr zu denken.

Der Mann starb im Frühjahr 1919 an Arteriosklerose und Herzinsuffizienz, seitdem lebte sie mit ihrer Tochter allein.

Da ein wesentliches Vermögen nicht vorhanden war und ihre Tochter kurz vor der Vollendung ihrer beruflichen Ausbildung stand, war sie zum Leben im wesentlichen auf ihre Pension angewiesen.

Im Juni 1919 wurde sie von einem Radfahrer auf der Straße umgeworfen, erlitt eine leichte Kopfverletzung mit etwas Blutverlust.

Seit Sommer 1919 muß sich ihr Mißtrauen allmählich gesteigert haben; es gab Reibereien mit den Hausbewohnern, von denen sie sich beeinträchtigt wähnte. Sie hielt sich ferner bei der zunehmenden Teuerung in den Läden stets für übervorteilt.

Sie wechselte im Herbst die Wohnung, doch auch in dem neuen Haus erschienen ihr die Leute verdächtig, sie bezog alles auf sich, glaubte, daß man heimlich ihre Sachen durchsuche, sprach von Franzosen, die sie holen, von Ärzten, die sie operieren wollten. Besonders verdächtig erschien ihr eine Frau W. durch ihre Hilfsbereitschaft. Mehrmals machte sie Suizidversuche. Ab und zu sollen heftige Erregungszustände aufgetreten sein, dazwischen wieder ruhigere Tage. Es war zuletzt ihrer Tochter fast unmöglich auszugehen, da Patientin hinter jedem Vorkommnis eine Beeinträchtigung witterte. Sie wurde am 26. 3. 1920 von ihrer Tochter in die Psychiatrische Klinik gebracht.

Befund und Verlauf:

28. 3. Mittelgroße, etwas untersetzte Frau in mittlerem Ernährungszustand. Am linken Zeigefinger eine klaffende Narbe, angeblich von einem Suizidversuch herrührend.

Körperlicher Befund völlig normal, sämtliche Reflexe regelrecht, keine Anzeichen einer Arteriosklerose oder Lues.

Patientin ist gut orientiert, zeigt schnelle und gute Auffassung, gute Merkfähigkeit, besonnenes, ruhiges Verhalten. Intelligenzprüfung ergibt ein ihrem Stande entsprechendes Wissen, selbst die Schulkenntnisse sind gut erhalten.

Sie stellt sich von vornherein mißtrauisch auf die Klinik ein, geht nur mit Widerstreben auf die Abteilung, drängt nach Hause. Fragen nach dem Grunde ihrer Unruhe zu Hause weicht sie aus; in ihrer Miene, in der Art, wie sie um sich schaut, drückt sich jedoch ein Mißtrauen und eine gewisse Ratlosigkeit aus. Suizidversuche bestreitet sie energisch.

30. 3. Erst nach mehrfacher Exploration kommt allerlei zutage Sie fragt zunächst, es sei doch der Tochter etwas passiert, was,



wisse sie nicht, aber sie fühle es ganz genau. Ihrer Tochter werde von den Hausbewohnern nachgestellt, man gebe ihr vergiftete Dinge zu essen, besonders eine Frau W., von der sie aber nicht wisse, ob sie wirklich so heiße, sei gefährlich. Deshalb müsse sie sofort nach Hause. Überhaupt meine es niemand ehrlich mit ihr, die Leute seien alle so sonderbar, daß sie gar nicht wisse, wie sie sich verhalten solle. Sie fürchte, sie und ihre Tochter sollten an die Franzosen ausgeliefert werden; man habe ihr nämlich geraten, ein Gesuch um ihre im Elsaß lagernden Möbel zu machen, das sei aber nur eine Falle für die Auslieferung. Sie sei von einem Herrn in der Hypnose ausgefragt worden, warum weiß sie nicht.

Verfolgungen durch bestimmte Personen werden abgelehnt: „Wer soll mich denn verfolgen."

Die Stimmung ist entsprechend den Befürchtungen weinerlich, depressiv, häufig gereizt. Meist sitzt sie mit ineinander verkrampften Händen im Bett, mißtrauisch ihre Mitpatientin beobachtend, deren Reden sie häufig auf sich und ihre Tochter bezieht. Sie beobachtet sehr scharf und charakterisiert ihre Umgebung in oft außerordentlich treffender Weise.

Eine Probe aus ihren Reden: „Meine Tochter ist doch nicht schlecht, sie ist auch nicht geschlechtskrank." (Wer hat das behauptet?) Sie schaut im Saale umher, deutet auf eine Patientin: „Die, die hat's gesagt." „Meiner Tochter passiert doch nichts?" „Die führen immer so Reden." „Sagen Sie mir doch, was los ist." „Ich fühle, es passiert etwas, etwas Furchtbares." (Was?) „Das weiß ich nicht." Die ratlos mißtrauische Miene und die fragenden Blicke geben ein sehr charakteristisches Bild.

Auch im Gespräch mit dem Arzt wittert Patientin stets etwas Besonderes hinter den Worten, wiederholt mißtrauisch Einzelnes, besonders was nicht in ihren Gedankengang paßt, als wolle sie den geheimen Sinn entschleiern. Sie leidet furchtbar unter dem quälenden Mißtrauen, fragt in ihrer Ratlosigkeit fortwährend, was man eigentlich mit ihr wolle.

Sinnestäuschungen sind in keiner Weise festzustellen; die Worte, deren Inhalt sie mißdeutet, sind wirklich gefallen.

9. 4. Patientin sitzt stets in gleicher Haltung im Bett. „Ich muß meine Tochter opfern." (Warum?) „Das weiß ich nicht." „Ich fühle es." „Meine Tochter ist nicht schlecht, sie ist auch nicht geschlechtskrank." (In Tränen.) „Man will sie krank machen, es ist furchtbar." „Ich darf nicht essen, meine Tochter hat auch nichts zu essen." (Die Tochter befindet sich in gesicherter Stellung.) Patientin macht häufig beim Essen Schwierigkeiten und muß mit dem Löffel unter einiger Kraftanwendung gefüttert werden. Zur Anwendung der Schlundsonde läßt sie es nicht kommen. Hinterher beklagt sie sich natürlich über die Grobheit der Pflegerinnen. Die früher geäußerten Ideen werden ohne Verarbeitung aufrecht erhalten.

12. 4. Sie befindet sich in starker motorischer Unruhe, läuft umher, quält ihre Umgebung mit Fragen nach der Tochter. In harmlosen Redewendungen hört sie abfällige Bemerkungen, die sie mit heftigem Schimpfen quittiert.



25. 4. Patientin ist ruhiger, man hat den Eindruck, daß sie sich zu fassen versucht, nur ihre fragende Miene, ihre plötzlichen mißtrauischen Blicke lassen erkennen, daß die Umgebung noch nichts von ihrer besonderen Bedeutung verloren hat.

12. 5. Patientin schlägt heute bei der Visite ihre Bettdecke zurück und zeigt auf ihre darunterliegenden Kleider, ein blaues und ein rotes: „Welches soll ich denn anziehen?" Auf die Antwort des Stationsarztes, das sei ihm gleichgültig, meint sie, sie habe das blaue Kleid angehabt, darauf habe plötzlich Dr. M. zu ihr gesagt, er wolle mit ihrer Tochter sprechen! Ihre Tochter sei überhaupt in „Sachen" verwickelt; näheres darüber gibt sie nicht an, zuckt auf Fragen die Achseln.

18. 6. Sie ist wieder erregter, berichtet, sie habe sich früher oft schuldig gemacht, ihren Mann beschimpft, ihre Tochter nicht gut behandelt. Die Verfehlungen seien aber doch nicht so schwerwiegend, um dafür bestraft zu werden. Es komme etwas Furchtbares über sie, vielleicht solle sie gemartert, gevierteilt, operiert, gequält werden, und ihre Tochter mit. Sie betont dabei, sie wolle gerne leiden, wenn nur der Tochter nichts geschehe. In der Zeitung habe sie von einem „grauen Haus" gelesen, das sei der Ort, an dem Mädchen umgebracht würden; dorthin werde man ihre Tochter bringen. Am Schlusse solcher Erörterungen bricht sie meistens in heftiges Weinen aus.

Am Nachmittag fällt bei der Visite in ihrer Nähe das Wort „Krankheit"; empört fährt sie auf, sie sei nicht geschlechtskrank, auch ihre Tochter nicht, man solle sie untersuchen, ob ihr etwas fehle. Hernach ist sie wieder völlig ratlos und bittet wiederholt um Auskunft, was denn eigentlich die Vorgänge in ihrer Umgebung zu bedeuten haben.

30. 6. Sie ist erheblich ruhiger, sonst ist das Bild unverändert. Spontan berichtet sie von den materiellen Schwierigkeiten, die sie nach dem Tode des Mannes hatte. Sie habe dann im Sommer 1919 einen Herrn kennen gelernt, der im Hause wohnte, er habe sich ihr in allem Anstand — sie betont das ausdrücklich — genähert, so daß sie meinte, er wolle sie heiraten. Sie hätte auch eingewilligt, um eine Stütze zu haben; der Herr habe sie aber später nicht mehr beachtet.

Wenn nicht ein besonders heftiger Affekt sie beherrscht, bringt sie ihre Ideen stets in einem etwas fragenden Tone vor im Sinne einer Befürchtung, einer Möglichkeit: „Es ist doch etwas los."

Das geschilderte Krankheitsbild besteht bis heute unverändert fort. Gelegentlich treten oft fast anfallweise heftige Erregungszustände auf, in denen Patientin herumläuft, jedermann fragt, was ihr und ihrer Tochter passiere, ob sie verhungern müßten. In solchen Zeiten werden dann zahlreiche wahnhafte Ideen produziert, doch ohne systematisiert zu werden: Sie habe bei den Behörden ihre Lage übertrieben, ihren Mann schlecht behandelt, gegen ihre Tochter gehe etwas vor, sie solle den Franzosen ausgeliefert, sie solle getötet werden. Gelegentlich ganz abstruse Ideen, die oft schon nach einigen Stunden wieder abgelehnt werden — „Ich wußte garnicht, was ich denken sollte" —: Sie solle auf die Männerstation, was sie sich offenbar als eine Art Strafe denkt, sie sei gar nicht Frau R., sondern Frau D., solle in deren Bett

schlafen, die Mitpatientin stellten ihren Mann und ihre Tochter dar. Die Dauer solcher Erregungszustände beträgt manchmal nur einige Stunden, manchmal auch Tage, sie macht dabei erhebliche Schwierigkeiten mit dem Essen. Einmal erzählt sie, sie habe während der letzten Krankheit ihres Mannes mit diesem zweimal verkehrt, jedesmal sei die Periode ausgeblieben, sie habe daraufhin Kamillentee getrunken, und die Periode sei wieder erschienen. Das sei Abtreibung gewesen.

Es kommen dann wieder Zeiten, in denen sie ruhig, fast einsichtig ist, jedoch ständig betont, als müsse sie sich selbst vergewissern, ihre Tochter sei ein anständiges, tüchtiges Mädchen, der es gut gehen werde, auch ihr selbst passiere nichts. Immer bleibt die Ratlosigkeit bestehen, mit der sie der Außenwelt gegenübersteht, — „Ich verstehe das alles nicht. Sagen sie mir doch bitte, was los ist. Was wollen Sie eigentlich von mir?" Häufig bittet sie um Erlösung von dem elenden Dasein.

Ein Schweißdrüsenabszeß in der Achselhöhle, der im Chloräthylrausch inziidert werden sollte, gibt ihr zu zahlreichen wahnhaften Befürchtungen Anlaß, sie sei angesteckt worden, sei doch nicht geschlechtskrank, sie fürchtet, aus der „Narkose" nicht mehr zu erwachen, vor der „Operation" will sie von der Tochter Abschied nehmen. Nur durch vieles Zureden war sie zur Inzision zu bewegen; dabei erschienen ihr sogar der ihr seit Monaten bekannte Arzt und die Pflegerinnen verdächtig und auffällig.

Gegen ihre Internierung hat sie sich nie allzu sehr gewehrt; sie erklärt zwar häufig, nicht in dieses Haus zu gehören, und bestreitet, geisteskrank zu sein, ein gewisses Krankheitsgefühl läßt es zu keinen energischeren Reaktionen kommen. Andere Inhalte stehen bei ihr im Vordergrund.

Intelligenz und Gedächtnis veränderten sich nicht, stets bleibt ein adäquater Affekt, häufig Tränenausbrüche. Dabei hat sie Verständnis für Humor und kann über einen gelungenen Scherz einmal herzlich lachen.

Sinnestäuschungen sind nie festzustellen gewesen; stets sind die Worte, auf die sie sich bezieht, gefallen, nur hat sie ihnen einen besonderen Sinn unterlegt.

Die Menstruation ist in den ersten 4 Wochen ihres Klinikaufenthalts sehr stark, später nicht mehr aufgetreten.

Die Überführung in eine Heil- und Pflegeanstalt veränderte das Bild nicht; bei einem Besuch, den ich ihr im Januar machte, zeigte sie dieselbe ratlose, mißtrauische Miene, dieselben fragenden Blicke und erzählte fast wörtlich dasselbe wie früher.

Es handelt sich somit um eine 45jährige, früher stets gesunde Frau. Aus den anamnestischen Angaben — andere Verwandte außer der Tochter existieren nicht — ist es nicht möglich, ein rundes Bild ihres Grundcharakters zu zeichnen. Sie war wohl eine tätige, energische Natur, tüchtig im Haushalt, aber unpraktisch und plötzlichen Anforderungen nicht recht gewachsen, dabei sehr eindruckfähig für „ichbezügliche" Ereignisse, mißtrauisch und verletzlich mit Neigung



zu primitiven Affektausbrüchen. Die häufigen Szenen aus unbegründeter Eifersucht sind recht typisch für ihre auf Mißtrauen und Beeinträchtigung eingestellte psychische Konstitution.

In den kritischen Jahren des Klimakteriums — die Menopause trat während des Klinikaufenthalts ein — haben sie eine Reihe von Schädlichkeiten betroffen: die Aufregungen durch den Krieg, die Flucht aus M., der Verlust der Möbel infolge des Zusammenbruches, der Tod des Mannes, die wachsenden materiellen Schwierigkeiten.

Sie stand in den erhöhten Anforderungen ihrer Lebensführung ohne Ratgeber, dem sie wirkliches Vertrauen hätte schenken können. Aus instinktivem Anlehnungsbedürfnis ist wohl der Heiratsgedanke mit dem Herrn entstanden, der ihr nach Angabe der Tochter nie besondere Beachtung schenkte. Vielleicht liegen auch hier die Anfänge der Psychose.

So kam es aus der Charakterabnormität infolge ungünstiger Lebensumstände zu einem Circulus vitiosus: Die Schwierigkeiten verstärkten ihr Mißtrauen, vermehrten ihre Ratlosigkeit, drängten sie in immer schärfere Abwehrstellung und wuchsen ihr um so mehr über den Kopf. Sie verlor allmählich immer mehr die Fähigkeit zur ruhigen, abwägenden Stellungnahme, die schon in normalen Tagen manchmal versagt hatte.

Das Einsetzen der Psychose dürfte ganz allmählich erfolgt sein; die Reibereien mit den Hausbewohnern sind wohl teilweise schon auf den Einfluß psychotischen Erlebens zurückzuführen.

Die Umwelt hat für sie einen besonderen Erlebniswert bekommen, steht in einer unheimlichen Beleuchtung. Die Ereignisse haben zu ihr eine Beziehung, es lauert gleichsam ein Etwas dahinter, dem einen Inhalt zu geben sie sich bemüht, ohne es fassen, in Worte oder Befürchtungen bestimmter Art kleiden zu können. Daß sie ihre Tochter mit einbezieht, ist wohl aus dem Gefühl der mütterlichen Besorgnis erklärlich.

Die fremde Umgebung in der Klinik beruhigt sie anfangs und läßt die heftigen Angstaffekte, die sie zu Hause gepeinigt hatten, zunächst nicht zur Entwicklung kommen; aber das Unheimliche in der Umwelt besteht auch hier.

Die stete Angst vor dem kommenden Augenblick, die Furcht vor einer schlimmen Zukunft treibt sie zu immerwährendem Suchen und Fragen nach dem Grund der unfaßbaren Spannung. Unter diesem Gesichtspunkte überschaut sie ihr früheres und jetziges Leben. Ihr menschliches — allzu menschliches Kausalitätsempfinden treibt sie

zu der Frage: Womit habe ich das verdient! So erscheinen ihr alte Verfehlungen, an die sie längst nicht mehr dachte, als mehr oder weniger fluchwürdige Verbrechen, so mißdeutet sie körperliche Erscheinungen als durch strafwürdige Vergehen hervorgerufen.

Die wahnhaften Ideen sind somit als Versuche einer Deutung zu bewerten. Ihre Beweiskraft ist verschieden, je nach der affektiven Spannung, in der sich die Patientin befindet.

In ruhigen Zeiten — sie sind freilich selten — sucht sie sich tapfer dem Einfluß des psychotischen Erlebens zu entziehen. Nur an den Beeinträchtigungen durch die Hausbewohner hält sie fest; es mag ein wahrer Kern darin stecken. Manche ihrer Fragen, eine gewisse Ratlosigkeit in den Ausdrucksbewegungen, das Fehlen der Krankheitseinsicht und die besondere Energie, mit der sie frühere Befürchtungen ablehnt, bilden die einzigen Symptome, daß die Außenwelt noch nichts von ihrer besonderen Beleuchtung verloren hat.

Je stärker freilich sich ihr das wahnhafte Bedeutungsbewußtsein aufdrängt, um so reichlicher entstehen wahnhafte Ideen und gewinnen Einfluß auf ihr Denken und Handeln. Auch hier dringt oft noch die Kritik durch, so, wenn sie beim Aufzählen alter Verfehlungen erklärt: „Das ist doch eigentlich kein Grund bestraft zu werden." Sie läßt es auch niemals zur Anwendung der Schlundsonde kommen, trotz heftigsten Sträubens gegen das Essen, weil die Tochter hungern müsse. Stets nimmt sie im letzten Augenblick freiwillig Nahrung. In Zeiten heftigster Angst endlich hält sie fast alle auftauchenden Überlegungen für begründet.

Aus ihrer wahnhaften Einstellung heraus werden die Vorgänge der Außenwelt reichlich illusionär verfälscht. Überall sind unbekannte Beziehungen, sie mißtraut manchmal fast allen Personen der Umgebung, glaubt in Gesprächen ihre und ihrer Tochter Angelegenheiten behandelt und kritisiert, hört hinter zufälligen Worten Beschimpfungen. Besonders affektbetont sind die Befürchtungen um das Ergehen der Tochter, zu der geheimnisvolle Fäden sich in die jetzige Umgebung hinüberzuspinnen scheinen.

Ihr Benehmen ist die natürliche Reaktion auf alle diese Eindrücke. Sie wehrt sich, erwidert, schimpft oder ist ratlos, jammert, gerät in Angst und klammert sich dann mit ihren Fragen an den, der gerade in ihrer Nähe weilt.

Niemals jedoch wurde die ratlose Spannung von der absoluten Gewißheit einer Überzeugung gelöst, von der aus sie ihre Erlebnisse hätte zusammenfassen können. Stets bleibt es beim Suchen und Fragen, beim Tasten und Vermuten; es ist, als wiche das Unfaßbare beim Näherkommen aus.

Das in der Anamnese erwähnte Trauma war für die Psychose von untergeordneter Bedeutung; es wurde einige Male registrierend erwähnt.



Es soll zunächst genau betrachtet werden, wie die Einwirkungen von Anlage und Schicksal auf Entstehung und Symptomatologie der Erkrankung zu bewerten sind.

Jaspers[1]) definiert als echte reaktive Psychosen solche „abnormen Seelenzustände, die auf ein Erlebnis in unmittelbarem Zusammenhang mit demselben, in rückbildungsfähiger Weise und so auftreten, daß die Inhalte des neuen Zustandes einen verständlichen Zusammenhang mit dem Erlebnis haben.“ Er unterscheidet zwei Arten, solche, bei denen wir „ganz beim Hineinversetzen in verständliche Zusammenhänge z. B. zwischen Mißgeschick und adäquater Verstimmung“ bleiben, und solche, bei denen „die außerbewußte Grundlage der seelischen Erschütterung eine vorübergehende völlige Veränderung der ganzen seelischen Dispositionen und der außerbewußten seelischen Mechanismen bewirkt, in denen die psychotischen verständlichen Zusammenhänge nun ihre abnormen Grundlagen haben“.

Es ist wohl anzunehmen, daß unter günstigen Lebensbedingungen die Psychose der Frau R. vielleicht überhaupt nicht, mindestens später, wenn auch vielleicht in ähnlicher Weise, aufgetreten wäre. Ihre Inhalte sind dem früheren Denken und Fühlen entnommen, bedeuten somit keinen Bruch in der Entwicklung. Ich habe das oben auseinandergesetzt. Die Einwirkung chronischer, täglich wiederkehrender Schädlichkeiten auf die Eigenarten der Charakteranlage hat der Psychose den Boden bereitet und den Weg gebahnt. Aus der aus Anlage und Schicksal entstandenen psychischen Konstellation heraus erwuchs unabweisbar, elementar und unbegreiflich die wahnhafte Ratlosigkeit. Durch Anlage und Schicksal sind die Erscheinungsformen der durch endogene Umwälzungen verursachten Krankheit präformiert. „Auf der anderen Seite stehen durch außerbewußte Prozesse entstandene Veränderungen der seelischen Konstitution, deren einzelne Phase resp. Schub trotzdem massenhafte verständliche Zusammenhänge mit dem Schicksal des Individuums zeigt“ (*Jaspers*)[2]). Hier greifen also Schicksal und Krankheit i n e i n a n d e r, ohne d u r c h e i n a n d e r bedingt zu sein.

Es ist nach dem bisherigen Verlauf kaum zu beurteilen, ob es sich um eine dauernde oder um eine rückbildungsfähige Veränderung im seelischen Geschehen handelt. Ich werde auf die Frage unten noch einmal zurückkommen.

Durch den normalen Intellekt und die in keiner Weise von der elementaren Störung betroffene Affekterregbarkeit gewinnt die Erkrankung ein charakteristisches Gepräge. Die wahnhaften Ideen sind fast stets der Kritik der intakten Persönlichkeit unterworfen; die Macht feststehender Gewißheit gewinnen sie nur in Zeiten höchster Affektspannung. Sonst werden sie nur vorübergehend fixiert. Ich habe das Wechselspiel zwischen affektiver Spannung und wahnhaftem

[1]) *Jaspers*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, 1913.
[2]) *Jaspers*, a. a. O.



Erleben oben beleuchtet. Die Persönlichkeit bleibt stets geschlossen, ein Hauptunterschied gegen eine schizophrene Psychose.

Psychologisch liegt also die Grundstörung in einer primären Änderung der geistigen Einstellung, in einer primären Verschiebung der Geisteshaltung, während die rein zuständlichen Komponenten des psychischen Geschehens, die Stimmungslage, die Affekterregbarkeit an sich gar nicht berührt werden. Im Erlebniswert äußerer Eindrücke steckt für Frau R. die besondere Komponente des Unbekannten, Bedeutungsvollen. In Zeiten der Angst empfindet sie natürlich um so stärker die geheimen Forderungen, die ihr gegenüberstehen, ohne daß sie in ruhigen Stunden zurücktreten, in denen Frau R. abgeklärter, fast humorvoller Stimmung sein kann. Die Patientin verhält sich, wie ein normaler Mensch einer gänzlich fremden, geheimnisvollen Situation gegenüber.

Hierin liegt der prinzipielle Unterschied gegenüber den manisch-depressiven Psychosen. Auch bei ihnen ist die geistige Einstellung verändert, aber sekundär von der veränderten Affektlage her mitgezogen. Der Manisch-Depressive betrachtet sich und seine Stellung in der Welt durch die Brille seiner Stimmung, voller Kraftgefühl, voll weltumstürzender Pläne, oder unter dem Druck der Verschuldung und des drohenden Untergangs. Auch hier steht Äußeres zum Subjekt in Beziehung; aber es handelt sich um Dinge, über die verschiedene Ansichten möglich sind, um Zukunftsaussichten, um Schuldfragen in der Vergangenheit. Die Verschiedenheiten der Auffassung finden in der Affektlage ihre verständliche Begründung.

Von diesen Gesichtspunkten aus sind die Begriffe „Depression“ und „Mißtrauen“ nicht unter dem einheitlichen Oberbegriff des „Affektes“ zusammenzufassen; sie beziehen sich auf ganz verschiedene Seiten des psychischen Lebens. Depression ist ein Zustand der Gemütslage, der sämtlichen übrigen psychischen Funktionen eine besondere Färbung gibt, eine spezifische Note verleiht, einfühlbar und verständlich für den Beobachter; Mißtrauen gründet sich auf eine bestimmt gerichtete Einstellung zur Außenwelt mit der Komponente der Unsicherheit und des Zweifels, ganz unabhängig vom sonstigen psychischen Geschehen, höchstens durch es an Intensität variiert.

Weiterhin ist die Frage zu erörtern, wieso bei Frau R. die wahnhaften Ideen so wenig fixiert werden, weshalb jeder Ansatz zu einem Wahnsystem fehlt.

Es muß zu diesem Zwecke ganz kurz auf die psycholigischen Grundlagen des „Systems“ überhaupt eingegangen werden. Des im einzelnen



zu tun, würde weit den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Auch sind die Wahnsysteme eines „Paranoikers“ und eines „Paraphrenen“ — beide Bezeichnungen im Sinne *Kräpelins* — nicht ohne weiteres in Parallele zu setzen. Nur der Punkt, der hier in Frage kommt, sei behandelt.

Beim Paranoiker gewinnen aus seelisch abnormer Konstitution im Laufe des Lebens Zusammenhänge, Ereignisse, Eindrücke oder Erlebnisse irgendwelcher Art eine erhöhte, nach einer Richtung gravitierende Bedeutung. So baut sich ausgehend von über jedem Zweifel stehenden Voraussetzungen aus ein mehr oder weniger logisch durchdachtes Gebäude von Beziehungen und Zusammenhängen auf.

Beim Paraphrenen treten durch die biologische Umwälzung bedingt Veränderungen der Persönlichkeit, neue Lebensgefühle, andere Wertungen, Wissen von Zusammenhängen auf, die die Bausteine des Systems bilden.

In beiden Fällen liegt das Wesentliche darin, daß innere Erlebnisse nach bestimmter Richtung hin die Normen verrückt haben, an denen Gesunde Ereignisse, Tatsachen, Überlegungen messen; die geistige Wage schwingt gleichsam um einen anderen Nullpunkt. Die Richtung des Weges aber steht den Kranken mit Sicherheit vor Augen. Neues wird, wenn auch unter Schwanken, folgerichtig in das Schema eingepaßt.

Frau R. fehlt die Basis, auf die sie sich stellen könnte; ihr fehlt die richtunggebende Einstellung, die aufbauendes Vordringen ermöglichte. Alles bleibt unsicher und ungewiß. Die wahnhaften Ideen sind Versuche, zur Klarheit zu kommen, nicht primäre Gewißheit, sind Deutungen, nicht Erlebnisse. Sie steht immer an derselben Stelle, rät an denselben Problemen, ohne der Lösung näher zu kommen.

Hier wie dort handelt es sich also um eine Veränderung der geistigen Einstellung, dem Paranoiker aber ist Standpunkt und Ziel klar; er weiß, worauf er hinaus will. Frau R. sucht ratlos nach der unbekannten, geheimnisvollen Forderung, die sie an sich gestellt fühlt.

Zum Schlusse möchte ich noch kurz die klinische Einordnung des Falles erörtern. Er hat mit den von *Kleist*[1]), *Seelert*[2]), *Serko*[3]) und *Gamper*[4]) als „Involutionsparanoia“ bzw. als „Involutionsparaphrenie“ beschriebenen Fällen manches gemeinsam: Die Anamnese, das Auftreten in der Involution, die Beeinträchtigungsideen, die normal reagierende Affektivität. Es fehlt ganz die Redseligkeit und Weitschweifigkeit, was an dem jüngeren Lebensalter meiner Patientin gegenüber den dort beschriebenen liegen mag. Ein wesentlicher Unterschied besteht in dem völligen Fehlen der Systematisierung, das ich nicht, wie *Gamper*, als Zeichen reduzierter Intelligenz

[1]) *Kleist*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 70.
[2]) *Seelert*, Arch. f. Psych. Bd. 55.
[3]) *Serko*, Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45.
[4]) *Gamper*, Jahrb. f. Psych. Bd. 40, 1. Heft.



deuten kann. Ganz fehlen die Körpersensationen, die in den Fällen der obengenannten Autoren ein besonders reichhaltiges Material für die Wahnbildung lieferten. Kein Anhaltspunkt für eine spezifische körperliche Erkrankung, für Lues, Alkohol oder Arteriosklerose. Für *Seelert*s Annahme von einem organisch zerebralen Prozeß spricht hier also kein Symptom. *Kleist*s Auffassung, daß die biologischen Veränderungen, die die Psychose bedingen, durch die Sexualinvolution bei „hypoparanoischer" Konstitution hervorgerufen würden, bleibt Hypothese, solange unsere Kenntnisse von der Korrelation innersekretorischer Drüsen so lückenhaft sind.

Weder das Zustandsbild noch der bisherige Verlauf geben für die Prognose der Erkrankung einen Anhaltspunkt, lassen entscheiden, ob eine Phase oder ein Prozeß vorliegt. Meines Erachtens ist letzteres wahrscheinlicher, doch kann man darüber verschiedener Ansicht sein. Jedenfalls glaube ich gezeigt zu haben, wie ein Symptomenkomplex reiner Ratlosigkeit, aus endogener biologischer Ursache entstanden, seine Grundlage und seine spezifischen Komponenten in den individuellen Dispositionen und Reaktionsformen finden kann. Ich bleibe mir bewußt, daß die Einordnung des Krankheitsbildes in die genannte Gruppe mehr per exclusionem, als auf Grund positiver Kriterien erfolgt ist, und muß es weiterer Forschung überlassen, durch neu präzisierte Krankheitstypen hierin Wandel zu schaffen.

Autismus und Regression in modernen Kunstbestrebungen[1]).

Von

Dr. Gustav Bychowski.

Vom Standpunkte der Psychologie der Kultur ist es besonders instruktiv, die herrschende Rolle, welche der Mode in der Gestaltung der modernen Kulturströmungen zukommt, zu studieren. Sämtliche Kulturgebiete gehen heutzutage in die besondere Kategorie der Mode ein, auch solche, welche ihrem Inhalt nach dieser Form wesensfremd erscheinen. Wir erlebten es, daß ein Philosoph, dessen Lehren mit großem Ernst gedacht und vorgetragen wurden, zu einer Modeerscheinung gemacht wurde von einer Gesellschaft, welcher die tiefsten Probleme Modesache bedeuten können. Die mondäne Gesellschaft strömte in Scharen zu *Henri Bergsons* Vorlesungen im Collège de France, und in mancher Hauptstadt war es Mode, Privatkurse über *Bergsons* Philosophie zu veranstalten, wo Damen und Herren der Gesellschaft der Kritik der intellektualistischen Philosophie lauschten, von welcher intellektualistischen Philosophie selbst sie doch vielfach nicht die leiseste Ahnung hatten.

In Deutschland ist es gegenwärtig Mode, sich mit der indischen Philosophie zu befassen, und es ist bekannt, mit welcher Leichtigkeit die anthropo- und theosophischen Strömungen zur Mode werden.

Es ist darum nicht zu verwundern, daß auch die Kunst durchgängig von der Mode beherrscht wird. Richtungen entstehen über Tag; was man heute als das große neue Losungswort verschreit wird morgen wie ein verbrauchtes Kleid abgeworfen. Man findet die schroffsten Umänderungen des Stils und des Geschmackes selbstverständlich und ich höre Kritiker, welche mit unbefangener Natür-

[1]) Nach einem im Verein für angewandte Psychopathologie und Psychologie in Wien am 27. VI. 1921 gehaltenen Vortrage.

lichkeit die scheinbar für sie selbstverständliche Tatsache konstatieren und lobpreisen, daß *Picasso* auf einmal klassizistisch nach Ingrés malt.

Als das Schöpferische, Revolutionäre des neuen Geistes wird hingestellt, was dem unbefangenen, sich von jeder Tagessuggestion freihaltenden Beobachter doch nur als wesentliche Unbeständigkeit, Untreue und Oberflächlichkeit imponieren kann. Das Weiter-Rasen wird dem Vorwärts-Schreiten gleichgesetzt und in unübertrefflicher Selbstüberhebung das Gegebene, von den Meistern des Gestern Geschaffene mit einer verachtenden Geste abgetan. Mit großer Aufrichtigkeit formulieren diesen Standpunkt die Dadaisten, welche als ihr Motto das Wort *Descartes*' setzen: „je ne veux même pas savoir s'il y a eu des hommes avant moi".

Ich will mich zunächst von jeder Kritik frei halten und die Kunstrichtungen der letzten Jahre so objektiv wie möglich beschreibend analysieren.

Was zunächst auffällt und allen den hier in Betracht kommenden Kunstrichtungen (Expressionismus, Futurismus, Kubismus, Dynamismus und Dadaismus) gemeinsam erscheint, ist der Mangel an Realitätsentsprochenheit. Viele von diesen Kunstwerken der Plastik wie der Poesie lassen überhaupt nichts davon erkennen, was man gewohnt ist in der Kunst als das Thema, die Idee zu bezeichnen. Auf dem Gebiete der bildenden Kunst tritt dies besonders offensichtlich zutage. Das Thema wird hier zumeist vom Künstler selbst angegeben, und unsere modernen Extremisten pflegen an dieser Tradition zu halten, aber in ihren Werken sucht man umsonst nach einer angebbaren Beziehung zwischen dem Thema, wie es sich in der gegebenen Realität präsentiert, und seiner künstlerischen Darstellung. Oft, um nicht zu sagen zumeist, bleibt es durchaus rätselhaft, warum der Künstler dem Bilde eben die und keine andere Benennung gab, so daß diese Benennung selbst als etwas Willkürliches erscheint. An sich wäre ja dieses Verhalten ohne besonderes Interesse, es erscheint uns aber für die ganze Psychologie dieses Schaffens sehr bezeichnend.

Wir sehen Porträts, bei welchen die aufmerksamste Betrachtung keinen Zusammenhang mit dem Modell ergibt (z. B. *Javlensky*), wo wir vielmehr irgend ein stilisiertes, schematisch gehaltenes Gesicht erkennen, nicht dieses bestimmte Gesicht, aber immerhin ein menschliches Antlitz. Die allgemeinste Form bleibt hier gewahrt, obschon sie gleichsam gelockert und abstrakt-primitivistisch erscheint. Die hier angedeutete Tendenz setzt sich aber in anderen Werken der verschiedenen Richtungen ungestüm durch und führt zu vollständiger Auflösung der Form, so wie sie in Wirklichkeit gegeben ist. Nicht nur, daß wir hier keine Entsprochenheit mehr zwischen dem bestimmten Thema (Porträt, ein bestimmtes Stadtbild, Landschaft usw.) und seiner Darstellung erblicken, sondern wir bemühen uns vergebens, einen Zusammen-



hang zwischen dem Bilde und dem Thema als Gattung aufzudecken, also in dem Porträt ein menschliches Gesicht, in dem Straßenbild eine Straße überhaupt zu erkennen.

Diese völlige Unentsprochenheit der Realität scheint oft geradezu konsequent angestrebt zu werden. Die Elemente der Wirklichkeit werden in scheinbar willkürlichster Weise zusammengeworfen und wie in einem Kinderspiel ohne jede sichtbare Notwendigkeit miteinander verbunden. Als typisches Beispiel kann ich hier unter vielen anderen *F. Legers* Stadtbilder anführen.

Es ist von besonderem Interesse, zu sehen, wie objektiv gegebene Wirklichkeitselemente, als welche für die Bildhauerei vor allem Linien und Flächen in Betracht kommen, willkürlich aufgelöst und trotz und gegen jeden realen Zusammenhang umgebildet werden. Ein Meister in diesem Verfahren ist der junge, in Paris lebende Russe *Archipenko*. Als Beispiel ist dieser Künstler auch darum von besonderem psychologischem Interesse, weil sein Schaffen die Grundtendenzen der Modernen in historischer Entwicklung wiederspiegelt.

In der internationalen Genfer Kunstausstellung (Winter 1920/21) sah man die Werke *Archipenkos* aus allen Stadien seiner Entwicklung. Statuetten, wo sich Grazie mit kühnem Schwung der mächtig geformten Linie zu einem starken, eigenartig harmonischen Ganzen verbindet, Torsos, deren starke innere Dynamik etwas von Rodin hat, kurzum verheißungsvolle Ansätze eines starken, selbstbewußten und in voller Entwicklung begriffenen Talentes. In der Tat bleibt der Künstler nicht stehen, sondern entwickelt sich in raschem Tempo weiter. Was dem aufmerksamen Auge schon in jenen Jugendwerken, welche *Archipenko* ob ihrer Realitätsentsprochenheit offenbar als Jugendverirrungen erscheinen, als Tendenz zur übermäßigen Stilisierung und Übertonung gewisser charakteristischer Objektmerkmale imponiert, zersprengt nun jede objektive Form und beherrscht vollends das ganze Schaffen des Künstlers. Stufenweise kann man es verfolgen, wie die Form aufgelöst, die Linie von der Fläche abgetrennt wird, wie die Fläche selbst in ihrer besonderen Gestaltung an Bedeutung verliert und das Konkave statt des Konvexen (und umgekehrt) — übrigens nach des Künstlers eigenem Bekenntnis — unterschiedlos gesetzt wird. Teile des Objektes werden unterdrückt, wenn nicht gerade zur Unkenntlichkeit verunstaltet, andere Teile wieder ins Enorme gesteigert, als wären sie Träger besonders bedeutsamer Charaktere und Eigenschaften. Wir bekommen Darstellungen von Frauen zu sehen, welche als in der Luft aufgebaute geometrische Ornamente erscheinen, so daß man nie auf den Gedanken käme, sie als das anzusprechen, was sie sein sollen.

Eine ähnliche Entwicklung sehen wir bei dem Meister der Dadaisten, *Francis Picabia*. Er soll einmal — ich habe seine Bilder aus jener Zeit nie gesehen — recht leidlich impressionistisch gemalt haben. Von dieser Kunst ward er degoutiert und bekehrte sich zum Dadaismus. Nun verschwand jede Entsprochenheit der realen Form, Objekte werden dargestellt als Systeme von Räderwerken, Worte und Sätze werden quer und lang hineingeschrieben. Hören wir, wie das Oberhaupt der Dadaisten *Tristan Tzara* über seinen Getreuen urteilt: „En peinture *Picabia* a dé-



truit la „beauté“ et construit avec les restes — carton — argent — l'oiseau du mécanisme éternel cerveau en étroits rapports avec les qualités des machines. — — — le dégoût des systèmes vus mène *Picabia* aux claires réalités de sobriété (il trouve ses organes dans le règne des machines, et reste tranquillité) — l'extériorisation immédiate est le moindre effort ou la naïveté des moyens“.

Diese Auflösung der objektiven Form äußert sich in eigentümlicher Weise in der Poesie. Der Mangel an Realitätsentsprochenheit verleiht diesen Dichtungen eine innere wie äußere Strukturlosigkeit, welche sie in extremen Fällen zu willkürlichen (oder zumindest als solche imponierenden) Wort- und Satzkonglomeraten stempelt. Fehlt den sprachlichen Gebilden jeder innere Zusammenhang, so ist es nicht verwunderlich, daß sich nach rein äußeren Affinitäten allerlei Klang- und Nebenassoziationen aneinandergliedern. Ich führe die 4 ersten Verse (es sind ihrer 8) an von ***Jean Cocteau***, einem der bekanntesten französischen Modernisten:

Enfants de troupe.

„Tecla notre âge d'or Pipe Carnot Joffre
Joffre à toute personne ayant des névralgies
Giraffe Noce un bonjour de Gustave
Ave Maria de Gounod Rosière“ usw. usw.

Arp, der dadaistische Dichter und Graphiker, singt in der „Wolkenpumpe“: „Sankt Ziegenzack springt aus dem Ei, rumsdiebums das Gigerltum, Vergißmeinnicht rollt um den Stuhl, Glocke schlägt nur eins und zwei“.

Nach Spielen mit Klangassoziationen sehen folgende Verse von *Birot* aus, Redakteur der Pariser Zeitschrift „Sic“:

„Il y a des gens qui passent dans la projection
Et qui ne sont pas éclairés cor cor encor accord
Sous les sous les sous sont saouls suçons“ usw. usw.

In dem angeführten Beispiel haben wir es immerhin noch mit verständlichen Worten zu tun, wenn auch der Zusammenhang dank dem konsequenten Mangel an jeder logischen Struktur unverständlich ist. Die Dadaisten gehen aber noch weiter. Der Mangel an Realitätsentsprochenheit erlaubt diesen mutigen Pionieren, sich auch vom Zwange der überlieferten Worte zu befreien, welche ihnen offenbar zu objektbedingt, sklavisch und langweilig logisch erscheinen. Selbstgeschaffene unverständliche Neologismen, ja bloße unartikulierte Laute — dies sind die Neuerwerbungen, um welche sie ihren Schatz an Ausdruckmitteln bereichern.

Tzara singt in der „Pélamide“:

a e ou o you you you i e ou o
you you you
sériciculture horizontale des bâtiments pélagoscopiques.

Die zuletzt angeführte Poesieprobe bringt uns ein weiteres Problem nahe, welches uns eingehender beschäftigen soll, das Problem der Idee dieser modernen Kunstwerke. Es ist nämlich offensichtlich, daß unsere Verse ein bloßes Wortkonglomerat sind, daß sie also jedes angebbaren Sinnes entbehren, so daß wir unumwunden erklären können: sie sind

sinnlos. Wir betonen, hiermit zunächst keine Kritik, sondern eine bloße Feststellung formulieren zu wollen.

Wir wollen den Begriff schärfer fassen und uns fragen, inwiefern die hypermodernen Kunstwerke des Sinnes entbehren. Die Präzisierung ist hier um so notwendiger, als uns der naheliegende Einwand gemacht werden könnte, welcher ja von den Künstlern dem Kritiker gegenüber des öfteren gemacht wird: „es ist sinnlos für Sie, weil Sie es nicht verstehen". Nun, wir behaupten, daß die von uns hervorgehobene Sinnlosigkeit keine Funktion unseres Unverständnisses, daß sie vielmehr den Werken selbst durchaus immanent ist. Wir werden diese Auffassung im folgenden besser belegen können, wenn wir statt der künstlerischen Praxis die Kunsttheorie dieser Tage behandeln; an dieser Stelle wollen wir uns auf die Werke einschränken. Wir sahen, daß die dadaistischen Poëme bloße Wortkonglomerate darstellen und als solche keinen Sinn haben. Wie steht es nun mit der bildenden Kunst? Ohne unsere Behauptung verallgemeinern zu wollen, können wir doch auch hier zahlreiche Werke auffinden, welche an sich jedes angebbaren Sinnes entbehren. Eine Aquarelle von *Kandinsky*, ein Gemälde von *Giacometti*, eine Zeichnung von *Srampolini*, eine von den vielen Arbeiten *Arps*[1]) — alle diese Werke der bildenden Kunst erscheinen uns als ein Gemenge von Linien, Flecken, Schatten und Arabesken, über deren Inhalt wir nicht das Geringste auszusagen vermögen. Auch sahen wir es von den Skulpturen *Archipenkos*, daß sie, wenn sie auch ein weibliches Wesen darstellen sollen, dem Zuschauer als ein völlig unsachliches Ornament erscheinen.

Wenn wir nun vor die Frage gestellt werden, ob dies alles der Sinnlosigkeit gleichzusetzen sei, so müssen wir antworten: ja, vom Standpunkte des Betrachtenden, der einen Sinn, d. h. einen angebbaren Inhalt, sucht; nein — vom Standpunkte des Künstlers, für welchen diese Gebilde einen tiefen und sogar angemessenen subjektiven Sinn haben können.

Nun ist es aber bezeichnend, daß sich die Künstler bei dieser Auffassung keineswegs bescheiden. Sie wollen mehr als bloße subjektive Zustände in irgendeiner, für sie vielleicht notwendigen, für den Betrachtenden willkürlichen Form ausdrücken, sie wähnen, uns die Wirklichkeit zu vermitteln wie sie ist, im Gegensatz zu der „alten" Kunst, welche sich mit bloßer Erscheinung (also Schein), bloßem Eindruck (Impression) begnügte. Sehen wir zu, wie unsere Künstler dieser Aufgabe, deren theoretische Berechtigung wir hier noch nicht berühren wollen, gerecht werden.

Sie malen die Idee. Also, ist dem Futuristen die Bewegung das Wesentliche an den Dingen, so malt er sie zugleich auf einem Bilde in verschiedenen Positionen, so daß die Konturen des Objektes naturgemäß unkenntlich werden. Dem Dynamisten bedeutet das innere Kräftespiel alles, und er malt den Dynamismus eines Automobils, eines Fußball-

[1]) Mit dieser Aufzählung soll keineswegs das hohe Können eines *Kandinsky* mit der offensichtlichen und rücksichtslosen Ignoranz eines Dadaisten vermengt werden.



spielers usw.: farbige Kurven, welche um ein imaginäres Zentrum kreisen und sich in das Unbestimmte verlaufen. Abstrakte geometrische Formen machen für den Kubisten das Wesentliche der Welt aus, und so verwandelt er Objekte in Kuben und Triangel, indem er zunächst diese geometrischen Wesenheiten in den gegebenen konkreten Formen auffindet, schließlich aber diese Formen selbst in Kuben auflöst, welche in seinen Werken eine von dem Gegenständlichen völlig unabhängige Existenz führen. Und so vollendet sich auch hier die Loslösung von der objektiven, allgemein-menschlichen Realität.

Drückt sich diese Tendenz im allgemeinen in der Zerstörung des Objektes aus, so geschieht es doch häufig, daß unsere Modernen am Objekte als solchem festhalten, es aber im Sinne der Idee, welche sie an ihm darstellen wollen, mit großer Unbefangenheit umbilden. Die psychischen Tendenzen, als deren Träger der Mensch erscheint, die Bestimmung, welcher ein Gegenstand dient, treten auf den ersten Plan und verdrängen rücksichtslos das Objekt in seinem So-Sein. Nicht die Hierarchie, welche durch das natürliche Sein des Objektes gegeben ist, wird für seine Darstellung maßgebend, sondern die Bewertung, welche ihm der Künstler aus seinen subjektiven Tendenzen heraus zuteil werden läßt.

Dies scheint mir, auf eine vereinfachende Formel gebracht, die Charakteristik des Expressionismus zu sein. Der Expressionist malt den Heiligen mit einem enormen Kopfe und ekstatisch glotzenden Augen, welcher Kopf über einem miserabel schmächtigen Leib sitzt, wo sich besonders der Bauch durch bemitleidenswerte, krankhaft anmutende Abmagerung auszeichnet. Das ist eben die Idee des Heiligen, welchem sein ekstatischer Geist alles und sein animalisches Dasein nichts bedeutet.

Es wurde von expressionistischen Bildern schon oft gesagt, daß sie etwas Gespenstisches haben. Ich meine, auch dies liegt an ihrem Drange aus der Wirklichkeit heraus, in ihrem Suchen nach außerweltlichen Werten, welche aber nicht gerade in einem ideellen Jenseits, sondern vielmehr in der Verzerrung der gegebenen Realität angestrebt werden. „Der Expressionismus" — sagt *Worringer* — hat im Laufe seiner Entwicklung immer deutlicher als wesentlichen Zug die Zerfallenheit mit der äußeren Natur angenommen auf der Suche nach dem Bewegenden in der Tiefe und nach Ausdruck des Geistig-Subjektiven.

In der Poesie haben die Expressionisten die Neigung, subjektives Erleben über die ganze Realität auszubreiten und es mit gleichsam halluzinatorischer Plastik auszudrücken. Wie so oft, wird diese ursprünglich lebendige Tendenz zu einer stereotypen Art, Metaphern zu bilden und aus allen Bereichen der Wirklichkeit auszuleihen. So sagt man einerseits „ich hüllte mich in den Mantel deines Schweigens", während man andererseits das gegenständliche Sein an dem subjektiven Erleben teilnehmen läßt; so in folgendem typischen Passus: „Sie zogen durch den Mittag der Stadt. Die Straßen flatterten um sie her. — — — er schob ein breites seliges Lachen im Mund hin und her. Das Lachen nahm die ganze Straße ein" (*Claire Studer*, Die Frauen erwachen). Es geschieht nicht selten, daß diese Ausdrucksweise der Darstellung einen eigenen Reiz verleiht, indem sie die Dinge vom Psychischen durchströmen läßt. So in den Anfangsversen von *Golls* „Astral":

Wir wollen wieder in uns zurückfallen
Die Blumen falten die Hände wenn der Mittagskönig vorbei ist,
Der Klee geht in sich und die Marguerite.
So wollen wir unser Herz verschütten,
Sehr einsam werden
Und einfach.

Es hat eine eigene Bewandtnis mit der von uns mehrfach betonten Realitätsunentsprochenheit der Modernen. Die Sache wäre relativ einfach, wenn die Künstler der Realität vollständig den Rücken kehrten und ihre Kunst in die Ebene des Nur-Imaginären oder etwa der Dinge an sich — da sie ja von der Erscheinung = Schein nichts wissen wollen — stellten. Aber wir sehen, daß dieser rücksichtslose Autismus nicht gelingt, daß sie sich von der durch sie verleugneten Realität dennoch angezogen fühlen. Es scheint sogar mitunter, als ob sie an das Gegenständliche mit unlösbaren Banden angeheftet wären. Wie anders ist es zu bewerten, wenn die Kubisten ganze Stücke von Objekten in ihre Bilder kleben, ein Stück Tapete, eine Zündhölzchenschachtel oder gar den Deckel einer Sardinenbüchse. Und was bedeutet es, wenn der Zerstörer der Objekte *Archipenko* in seinen aus Holz, Ton und Blech zusammengeklebten „Peinto-Skulpturen" das Wenige, was dort vom Körperlichen bleibt, in Naturfarben darstellt. Das Gleiche fordert er aber für die „reine" Skulptur und ist sich bewußt, so mit aller Tradition zu brechen, welche die Statue prinzipiell farblos gestaltet, worin sich zweifelsohne der richtige Instinkt für die Zeitlosigkeit der plastischen Formen bekundete. Ja. *Archipenko* erklärt, es sei für ihn eine wichtige Erkenntnis gewesen, als er das Unwahre der griechischen Plastik entdeckte, welche der natürlichen Farbe der Dinge keine Rechnung getragen hätte. Berührt es nicht eigentümlich, gerade diesen Künstler für das Natürliche auftreten zu sehen, welcher sonst von der Natur nichts wissen will und das Gegenständliche mit rücksichtslosester Konsequenz verleugnet!

Auch auf dem Gebiete der Dichtung züchtet diese eigentümliche Realitätsanhaftung sonderbare Erscheinungen. Mitten drin in kubistischen Gedichten, in dem Gemenge von Worten, abgerissenen Metaphern, sinnlosen Silben und Lauten begegnet man den Nachbildungen von Objekten: durch Über-, Unter- oder Nebeneinanderreihung von Wort und Silbe stellt *Guillaume Appolinaire* die Form eines Springbrunnens, eines Eisenbahnzuges oder sogar der Regentropfen dar.

Diese widerspruchsvolle Beziehung zur Realität ist es, welche offensichtlich dem gewollt primitivistischen Charakter unserer Modernen zugrunde liegt. Denn obwohl sie die moderne Großstadt als das Ebenbild aller Dynamik für eine der Hauptquellen ihrer Inspiration ausgeben und ihre Landschaften besonders gerne nach diesem Vorbild gestalten, trotzdem entdecken sie in sich eine ungeahnte Liebe für die Negerkunst und preisen die Poëme der Zulu und die Gemälde der Papuas als die vorbildlichen Ideale des künstlerischen Schaffens. Sie bemühen sich, primitiv zu malen und zu dichten, offenbar, um den aktuell gegebenen Formen der Realitätserfassung zu entkommen. Die künstliche Regression, welche sie somit erstreben, wird aber nur sehr unvollkommen erreicht. In der echten Negerkunst ist die Beziehung zwischen dem Werk und



der Realität nicht einzusehen, zwischen beiden sieht der Unbefangene nichts Gemeinsames, und der Zusammenhang wird offenbar nur durch den **Glauben**, durch die Überlieferung hergestellt. Hingegen gelingt es unseren Modernen nicht immer, auf die sekulär erworbenen Anschauungsformen restlos zu verzichten. Daher kommt es, daß ihre Werke so oft den Eindruck des Gekünstelten machen, daß ihre Primitivität gezwungen erscheint. Sie malen Gestalten in einer Weise, welche von den kollektiv und individuell erworbenen Anschauungs- und Darstellungsformen zeugt, und verzerren sie sekundär, indem sie, in Anlehnung an die primitiven Vorbilder, unmögliche Proportionen einführen, den schmächtigen Gestalten Wasserköpfe aufsetzen, die Bewegungsgesten unbeholfen und mechanisierend darstellen. Als bekanntes Beispiel will ich unter den unzähligen anderen *Henri Rousseau*s „Der Dichter Apollinaire und seine Muse" anführen.

Diese primitivistischen Entstellungen sind ein willkommenes Material, um „abstrakte" Gedanken auszudrücken, worum sich ja unsere abstrakte Kunst mit besonderem Eifer bemüht. Auch von diesem Ausgangspunkte aus führen alle Übergänge von gleichsam entstellter Realitätsdarstellung zur völligen Realitätsunentsprochenheit, welche bekanntlich so weit gehen kann, daß in dem ganzen Bilde kein einziges gegenständliches Element mehr aufzufinden ist. Die abstrakte Idee überwuchert und zerstört das Gegenständliche. Kein Wunder darum, daß die Bilder ohne spezielle Erklärung dem Betrachtenden ein verschlossenes Land bleiben, daß ein begeisterter Theoretiker des Kubismus ausruft: „Deutungen kubistischer Bilder würden ganze Bände füllen" (*Goll*).

Mit der letzten Erörterung verlassen wir die reine deskriptive Analyse der hypermodernen Kunstpraxis und wenden uns der Theorie dieser Kunst zu. Nicht, als ob wir wähnten, von der ersteren ein genügend erschöpftes Bild gegeben zu haben, vielmehr sind wir uns der Unvollständigkeit unserer Darstellung bewußt. Auch fühlen wir uns nicht berufen, eine eingehende Schilderung vom rein ästhetischen Standpunkte aus zu geben; dies ist für unsere Zwecke nicht notwendig. Außerdem wäre eine solche Darstellung, ohne durch Abbildungen belegt zu werden, rein unmöglich.

Die Theorie der hypermodernen Kunst beansprucht unser besonderes Interesse. Ist sie doch ein unverhüllter Ausdruck der Tendenzen, Ansprüche und Hoffnungen einer ganzen Künstlergeneration, und wenn sie nicht gerade immer von den Künstlern selbst entwickelt wird, so billigt wenigstens ihre Meinung die theoretischen Ausführungen der Kritiker (in diesem Falle würde auf sie die Bezeichnung Apologeten viel besser passen), welche besonders hier der Praxis nachhinken und die in ihr nicht immer deutlich zum Vorschein kommenden Motive zum Prinzip alles wahren Schaffens erheben.

Getreu unserem Plane wollen wir zunächst, ohne jede Kritik, die theoretischen Begründungen der hypermodernen Kunst zusammenfassen und womöglich präzis formulieren.



Wohlbekannt ist das negative Verhältnis zu den Vorgängern, zu der bisherigen Kunstbetätigung der Kulturmenschheit. Mit Verachtung setzt man die ganz objektbezogene Kunst der Photographie gleich, als wäre sie befangen im sklavischen Banne der äußeren Realität. „Lass dich photographieren", sagt man dem Unmodernen, welcher nach Ob jektbezogenheit fragt, „lasse dich photographieren, du verdienst nicht besseres."

Stellt man so die bisherige Kunst als eine Nachahmung der Ob jekte hin, so geschieht es vor allem, um das eigene Verdienst in um s hellerem Lichte erscheinen zu lassen. Man verkündigt uns den Tod de Imitation und die Morgenröte des Erschaffens. Gab die alte Kunst — s sagt man — nur der Dinge Erscheinung, also [1]) bloßen Schein, so ver spricht uns die neue ihr Wesen, gleichsam den Kern der Welt, zugäng lich zu machen. Man scheut es nicht, das große, verheißungsvolle Wor vom Ding an sich fallen zu lassen, welches Ding an sich der modern Kubist erfaßt, nachdem er sich von dem Banne des Phänomenalen be freit hat. Daß dieses Ding an sich in einen scharfen Gegensatz zu de Erscheinungswelt zu treten hat, daß es aus dem Geiste des Künstler heraus konstruiert werden soll, wird öfters betont. Zugleich soll dies synthetische Konstruktion (die alte Kunst sei analytisch gewesen) da Rationelle an Stelle der chaotischen Welt des Scheines setzen, Plato Idee leibhaft verwirklichen (*Raynal*).

Mit dieser letzten Forderung offenbart sich der heftige Dualismu dieser Kunst, welche die Realität außerhalb der Realität sucht und di Welt fliehen muß, um sie zu besitzen. „Dualismus ist heftig eingebroche in die Bezirke der Kunst. Ein feuriger und nicht sehr milder Geist is uns erwacht, der uns der Natur gegenüber in Schuldgefühle stürzt, i Gefühle des Mißtrauens und schroffer Getrenntheit. Der Geist führ Krieg, er wütet um Selbstbesinnung" . . . (W. *Michel*).

Der Kubist will uns nicht eine Mandoline, eine Orange geben (ic zitiere eins der beliebten Beispiele der betreffenden Schriften), sonder die Mandoline, die Orange als Ding an sich, als ewige unvergänglich Wesenheit, für welche eine zufällige Beleuchtung, ein momentaner Re flex — ja, warum nicht auch die Form — ein bloßes Accidens sind, vo dem die Darstellung des Künstlers füglich nicht beschwert werden darf Es bleibt dann offenbar seinem Dafürhalten überlassen, was er als di einzig wertvolle Essenz des Dinges ansieht und aus der Hülle des Scheine herausschält.

Von diesem Gesichtspunkte aus ist es nur konsequent, wenn de Kubist dem veralteten Kritiker zuruft: „Une femme, la femme, me sensations, moi, et quoi, vous osez me demander, vous avez l'audac de violer l'esprit? D'ou ce besoin de pourquoi et du comment? Qu'a tu besoin de connaître la raison? Vas t'en et retourne à tes vieux maîtres Que tes yeux s'efforcent de découvrir le rythme comme l'oreille écoute l musique"! (*Paul Joostens*).

Der synthetische Geist kann Zusammenhänge aufstellen und for dern, welche mit der Erscheinungswelt nichts zu tun haben. So erfahren

[1]) Das „also" ist selbstverständlich nicht von mir!



wir von *Raynal*, daß nach der Analysis situs zwei menschliche Gesichter, deren eins von einem Künstler, das andere von einem Kinde ungeschickt nachgeahmt ist, zwei gleichwertige (équivalent) Flächen darstellen. „Dies ist eine Art Gleichheit des Geistes statt der Gleichheit im wörtlichen Sinne (égalité à la lettre)". Dies wird gelehrt im Anklang an die Besprechung der Kunst *Archipenkos* und bekommt so, als Bekenntnis, einen besonderen Wert. Die objektiven Hierarchien, die objektiven Wertungen existieren nicht mehr für den hypermodernen Künstler, sein Geist macht nach seinem Belieben Ungleiches gleich und Gleiches ungleich.

Trotzdem auf dieser Grundlage das künstlerische Schaffen dem schöpferisch wissenschaftlichen Denken beinahe gleichgesetzt wird, da doch, wie man uns belehrt, auch Newton und Kepler ihre großen ewigen Weltgesetze nicht den Erscheinungen entnahmen, sondern in der Abstraktion von der vergänglichen Welt des phänomenalen Werdens fanden (*Raynal*), kann es uns nicht entgehen, daß von diesen Anschauungen in ihrer spezifisch kubistischen Prägung ein nur geringer Übergang zu der Willkür alles Subjektivismus führt.

Will der Künstler ein Frauenbildnis so und nicht anders konstruieren, die Idee der Frau in solchem und nicht anderem Ornamente ausdrücken, so kann es ihm niemand verwehren. Aber dies subjektive Recht ändert nichts an der Willkür der von ihm vollzogenen Setzung, und es liegt kein Grund vor, daß der Nichteingeweihte die Setzung versteht und anerkennt. „Die Kunst ist für Jeden, aber nicht ein Jeder ist für die Kunst" — sagt *Archipenko*, und wenn man ihm entgegnet, man habe zu seinen Konstruktionen keinen Zugang, antwortet er: „Verstehen Sie chinesisch? — Es gibt aber Leute, welche sich eben chinesisch ausdrücken". Es muß nicht erst gesagt werden, wo der Vergleich hinkt. Ich brauche nur chinesisch zu lernen, um alles, was in dieser Sprache ausgedrückt wird, zu verstehen, denn die Gedankengänge des Chinesen kann ich mit meinem geistigen Apparat wohl erfassen; es ist mir aber unmöglich, durch wiederholte Anschauung der Schöpfungen eines Kubisten, Futuristen, Dadaisten usw. seine Sprache zu erlernen, so daß ich dadurch ein allgemeines Organon für das Verständnis dieser Kunst bekomme. Man drückt sich eben nicht durch bloße Willkür chinesisch aus, man macht sich kein chinesisch, aber ob man die Frau als Ding an sich in diesen oder anderen Arabesken darstellt, dies ist jeweils die Sache der willkürlichen Konstruktion. Ich wiederhole: vom Standpunkte des Künstlers kann diese Konstruktion notwendig erscheinen, aber dieser subjektive Zwang hat mit einer allgemein zugänglichen Notwendigkeit nicht das geringste zu tun.

Freilich, man rät uns zu lernen, viel zu lernen, bevor wir in dieser hochwichtigen Angelegenheit mitsprechen dürfen. Wir seien eben durch die alte imitative Kunst verdorben, wir seien erzogen in alten Formen und unfähig, das Neue, wahrhaft Schöpferische zu erfassen. Wie weit man in dieser Richtung gehen kann, zeigt der Dadaismus, welcher ohne Zweifel das Verdienst hat, alle die Tendenzen der hochmütigen Willkür bewußt und konsequent in sein Prinzip zu erheben. Bei näherem Zusehen kann ich darum nicht finden — ich sage es offen —, daß zwischen dieser, wohl von den allerwenigsten ernst genommenen Richtung und den schon



heute klassisch sein wollenden Kubisten (und Futuristen) ein prinzipieller Unterschied besteht.

Spricht man mit *Tristan Tzara* über die dadaistische Musik, welche auf mich persönlich den gleichen Eindruck macht wie wenn sich jemand auf das Klavier setzen würde, so beruft sich auch dieser Meister auf unsere schlechte Erziehung: hätte man uns nicht an Chopin und Beethoven gewöhnt, sondern mit den dadaistischen Harmonien umgeben, dann würden wir sicherlich heute einen besseren Geschmack haben und von jenen Meistern nichts wissen wollen.

Der Geschmack wird hier als etwas wesentlich Relatives und Willkürliches hingestellt, man kann alles malen, alles schreiben, es gibt keine Normen und keine Gesetze. Und so auf allen Gebieten: „Weltanschauungen sind Vokabelmischungen, und daß ein Hund keine Hängematte ist, ist nur eine zarte Hypothese", besagt ein dadaistisches „Lockerungs-" manifest.

Nirgends so stark wie im Dadaismus kommt das Negative, Destruktive der hypermodernen Kunstbestrebungen ans Licht; im Dadaismus (wie übrigens auch im Futurismus) steckt ein wahrer Haß nicht nur gegen die bisherige Kunst, sondern auch gegen jede bisherige Kulturbetätigung, ja gegen die Kultur überhaupt; man spricht von dem „Dégoût dadaiste": „Si je crie idéal, idéal, idéal, Connaissance, connaissance, connaissance, Boumboum, boumboum, boumboum, j'ai enrégistré assez exactement le progrès, la loi, la morale et toutes les autres belles qualités que de différents gens très intelligents ont discuté dans tant de livres, pour arriver à la fin à dire que tout de même chacun a dansé d'après son boumboum personnel, et qu'il a raison pour son boumboum ...." Darum verkündigt das dadaistische Manifest: „Nous déchirons, vent furieux, le linge des nuages et des prières, et préparons le grand spectacle du désastre, l'incendie, la décomposition".

Der Dadaist erklärt den Krieg allen Normen, er haßt alle Logik, sie ist ihm eine falsche und überflüssige, ja schädliche Komplikation. Er wähnt, „die Reinheit des kosmischen und geordneten Chaos" (sic!) zu erreichen, wenn er ausruft: „ordre = désordre, moi = non-moi, affirmation = négation: rayonnements suprêmes d'un art absolu".

Mit anerkennenswerter Konsequenz verzichtet der Dadaist auf jeden Schatten von Allgemeingültigkeit seines Schaffens: „L'art est une chose privée, l'artiste le fait pour lui; une oeuvre compréhensible est produit de journaliste"; „il nous faut des oeuvres fortes, droites, précises et à jamais incomprises". Und der Futurist in der Person des Führers der Bewegung, *Marinetti*: „Il faudra pour cela renoncer à être compris. Être compris n'est pas nécessaire". „Poètes futuristes! Je vous ai enseigné à haïr les bibliothèques et les musées. C'était pour vous préparer à haïr l'intelligence, en éveillant en vous la divine intuition, don caractéristique des races latines".

So findet im Dadaismus alles Negative der hypermodernen Bestrebungen seinen extremsten, rücksichtslosesten Ausdruck. In tragischer Weise gipfelt der Drang, der Realität zu entkommen und eine eigene Welt rein geistig zu gestalten, im Ungeistigen, Formlosen, Un-



lebendigen und Mechanischen. Von den Kubisten konnte ein Kritiker mit Recht sagen, sie hätten alle malerischen Motive in unerträglicher Weise nivelliert, das Porträt, die Nacktheit, die Landschaft ausgeschaltet und die Mittel rücksichtslos über den Zweck gestellt; der Dadaismus ging noch weiter: „es steht in der dadaistischen Unternehmung das richtige Gefühl, daß es ein ungeheueres Wagnis ist, aus dem Negativen ins Positive zu gehen. Bejahung bringt Bindung — — —. Aber in seinem Äußersten wird das Geistige wieder auf überraschende Weise physisch-mechanisch" (*W. Michel*).

Wir haben die dadaistischen Anschauungen aus dem Grunde ausführlicher dargestellt, weil sie uns geeignet erscheinen, das Charakteristische der hypermodernen Kunstrichtungen augenscheinlich zu demonstrieren. Mit einem Schlage offenbart sich hier das Absurde und Gefährliche dieser Tendenzen, welche durch die vielen schön und sogar erhaben klingenden Worte leicht verhüllt und unkenntlich werden. Dadaismus bietet eine vollkommene Entlarvung der futuristisch-kubistischen Verirrungen.

Nach alledem ist es nicht schwer, die völlige Unzulänglichkeit der besprochenen Kunsttheorien zu erweisen. Ihr Gedankenwert steht im umgekehrten Verhältns zu dem Anspruchsvollen ihrer Losungen und Verkündigungen.

Der Kubist wähnt, uns das Ding an sich, die platonische Idee zu bieten. Es ist aber ein verhängnisvoller Irrtum, zu glauben, es genüge von der Erscheinung abzugehen, um das Ding an sich zu ergreifen. Die rein negative Abkehr erschließt noch nicht die Quellen, aus denen das Erfassen des Wesens der Dinge kommen könnte. Der Autismus verschließt die Wege zur Realität und führt zur Regression. In seines Geistes Tiefen kann der Künstler einen Ersatz für die äußere Realität finden, aber mit welchem Rechte maßt er sich an, seine subjektivistischen Konstruktionen für Dinge an sich auszugeben? Wie bringt es der kubistische Theoretiker zustande, das Willkürliche, was in einer kubistischen Konstruktion liegt, der platonischen Idee, welche doch das Allgemeine, Normative, alles weniger denn Subjektiv-Willkürliche darstellt, gleichzusetzen? Und selbst wenn es dem Künstler gelingen sollte, in seinem Geiste das Wesen der Mandoline in mysteriöser Weise aufzufinden, wie könnte er dieses Ding an sich bildlich darstellen? Man muß die Trapezkünste einer Logik bewundern, welche einen Begriff durch sein Gegenteil definiert und ihn durch eine zufällige Symbolik jedes Sinns und Inhalts beraubt.

Die kubistische Auffassung birgt aber noch eine andere prinzipielle Verirrung. Soll wirklich der Künstler uns das Wesen der Dinge erschließen und zwar so, daß wir seinen gedanklichen Konstruktionen mühsam folgen müssen? Sicherlich lassen uns große Künstler ungeahnte Tiefen der Dinge intuitiv erfassen, aber die Betonung liegt hier auf dem Beiwort „intuitiv". Und die Erkenntnis kann nicht das Primäre sein im Kunstwerke und dessen Betrachtung, denn das Vordringen der kognitiven Interessen schädigt in arger Weise die ästhetische Kontemplation. Es verhält sich damit wie mit moralischen Werten, welche nicht als das Hauptbestreben eines Kunstwerkes sichtbar werden dürfen, da sie seinem unmittelbaren

ästhetischen Werte Abbruch tun würden, welche aber nichtsdestowenige
aus dem Werke hell herausstrahlen können.

Diese Einsicht liegt der Tatsache zugrunde, daß echte Kunst ni
„photographisch" gerichtet war, entgegen den Behauptungen der Hype
modernen. Es berührt als eine unglaubliche Naivität, wenn sie als ih
Entdeckung die Forderung ausgeben, die Kunst soll keine Nachahmun
der Natur sein. Man soll einen Künstler zeigen, der die Objekte ko
pierte, oder war etwa Rembrandt ein Photograph, weil seine Gestalte
nicht in Dreiecken und Arabesken konstruiert sind? Und es drängt sic
die Frage auf, ob denn überhaupt für einen Rembrandt die ganze Frag
stellung existieren konnte, ob er sich je den Kopf darüber zerbrach, da
er die Natur nicht nachahmen dürfe. Er war ein Schöpfer und dam
genug.

Wenn es also selbstverständlich erscheint, daß die Kunst kei
Wiederholung der Realität ist, wenn, wie es besonders schön von *Simm*
in seinem „Rembrandt" auseinandergesetzt wurde, der Künstler ei
Welt schafft, welche neben der schon gegebenen gleichberechtigt besteh
so ist doch damit die Frage nach der Beziehung zwischen diesen beide
Realitäten keineswegs erschöpft, ja nicht einmal angedeutet. Und vie
leicht würde diese Frage nicht in ihrer ganzen Tragweite vor uns stehe
wären nicht die Verirrungen der Hypermodernen, welche uns die d
struktiven Konsequenzen der rein negativen Lösung des Problems v
Augen führen.

Durch die kurze Charakterisierung, welche wir von den hype
modernen Kunstrichtungen gegeben haben, zieht sich wie ein rot
Faden die Feststellung, daß ihren Schöpfungen die Realitätsen
sprochenheit mangelt. Aus dieser Erbsünde der durchwegs a
tistischen Einstellung scheinen uns alle Mängel dieser Kunst z
entspringen, was näher zu begründen unsere nächste Aufgabe sein so

Die Verleugnung der Realität überläßt den Künstler der ausschli
lichen Vorherrschaft seiner psychischen Tendenzen, welche sich nu
mehr restlos ausleben können. Die Erfahrung der Hypermodernen zeig
daß diese Einstellung in eine subjektivistische Willkür ausläuft, welc
alle Form lockert, alle Anschauungsnormen zersprengt, allen Inha
vernichtet. Es offenbart sich hier in typischer Weise das Verhalten d
Geistes, welcher erst in seiner Wechselbeziehung zur Realität die Norm
ausbildet, nach denen allein seine schöpferische Tätigkeit wirken kan
Ohne diese tiefe innere Gesetzmäßigkeit wird das Schaffen zum chao
schen formlosen Suchen und Tasten.

An dieser Stelle wird es auch klar, wie die Kulturbezogenhe
der Kunst mit ihrer Objektbezogenheit zutiefst zusammenhängt, u
wie sie durch die autistische Einstellung geschädigt wird. Die For
und Inhaltlosigkeit der Kunst beraubt sie jedes Kulturwertes, läßt s
kein organisches Glied werden in dem großen Kulturprozesse, welch
der Entwicklung der Kunst zugrunde liegt. Wie die anderen Kult
bereiche, wird die Kunst durch Normen bestimmt, welche von der Wi
kür des Einzelnen nicht abhängen, da sie ihrem Wesen nach überin
viduell sind, wie die Kultur selbst.



Durch das historische Werden des menschlichen Geistes, welcher mit und um die Realität ringt, werden Kategorien ausgearbeitet, welche ein Reich der Gültigkeiten ausmachen, das den spezifischen Kulturwert der menschlichen Gebilde durchgängig bestimmt. Ebensowenig wie es wahrheitsgerichtetes Denken unter Umgehung der logischen Normen gibt, kann die Kunst aller ästhetischen Normen spotten. Dieser Vergleich ist keineswegs zufällg, sondern knüpft an die kubistische Theorie an, welche sich bei ihrer Anmaßung, das Wesen der Dinge unter Abstraktion von der Erscheinung zu gewinnen, auf das Vorgehen großer Gründer der Wissenschaft beruft. Es ist wahr, daß diese Männer über den einzelnen Erscheinungen stehen mußten, um ihre Gesetze aufzufinden, es ist aber nicht weniger wahr, daß sie dies nur unter Berücksichtigung der Realität, unter steter Gerichtetheit auf die Objekte vermochten; daß sie das Schöpferische in die Deutung der Erscheinungen hineinlegen konnten, lag natürlich vor allem an ihrer genialen Intuition, aber diese gewann ihren hohen Wert erst dadurch, daß sie sich in den Normen der Wahrheit abspielte, ansonsten sie nie Gesetzmäßigkeiten statuieren könnte. Es ist kein Zufall, daß die Dadaisten mit Geringschätzung von den veralteten logischen Normen sprechen, indem sie unter grobem und lächerlichem Mißverstehen der Bergsonschen Philosophie auf Bergsons Kritik des begrifflichen Denkens hinweisen. Es ist nur natürlich, daß die autistische Einstellung mit den logischen Normen nichts mehr anzufangen weiß.

Dies alles zu betonen, erscheint nicht überflüssig in einer Zeit, wo das Relative des Geschmackes nicht nur von Dadaisten zum Prinzip erhoben wird. Die historische Wandelbarkeit des Kunstsinnes wird fälschlich für das Nichtvorhandensein des Geschmackes überhaupt ausgegeben, wobei das Schöne zu einer willkürlichen Setzung des Individuums resp. der Gesellschaft gemacht wird. Es ist darum nur konsequent, wenn der Dadaist die Kunst bewußt von der Kultur ausschließt, welche er ja verabscheut und verachtet. Dasselbe tut ja der Futurist, welcher den Haß gegen die Museen und Bibliotheken predigt (*Marinetti*), aber dasselbe tun auch die weniger konsequenten Kunstrichtungen unbewußt.

Durch Verleugnung aller allgemeinen ästhetischen Normen, durch Zersprengung der Form und Vernichtung des Inhalts beraubt sich der Künstler jedes Anspruchs auf Allgemeingültigkeit seiner Schöpfung, deren allgemein menschlichen Wert er von vornherein zerstört. Es ist wiederum nur konsequent, wenn der Dadaist die Folgerung zieht: „l'art est une chose privée". Kann eine solche Auffassung den Künstler befriedigen und die Kunst beim Leben erhalten?

Und doch: soll denn der Künstler nicht frei sein, soll er nicht für sich, sondern für das „Publikum" — wie man mit Verachtung zu sagen pflegt — schaffen? Daß ihm die Freiheit das oberste Gebot bleibt, ist selbstverständlich. Aber bekanntlich ist auf dem Gebiete der Moral wie auf allen spezifischen, normativen Kulturgebieten kein Irrtum verhängnisvoller als die Vermengung der Freiheit mit der Willkür. Der Kulturmensch hat es schon immer gewußt, aber seit *Kant* ist der Tatbestand scharf gefaßt und formuliert: Freiheit hat mit Willkür nichts zu tun, Freiheit ist Wirken nach Normen, welche man sich selbst gibt und befolgt. Damit Kulturwerte entstehen, müssen — wir sahen es —



diese Normen einen allgemein menschlichen Wert haben. Und darum schafft der Künstler nicht für das Publikum, aber um so mehr für die Menschheit, deren Kulturwerte er bereichert. Und das Höchste an ihm ist dies eben, daß er aus den Tiefen seiner Genialität heraus, um die äußeren Bestimmungen und das Urteil der Menge unbekümmert, die wahren Menschheitswerte verwirklicht. Ein wahrhaft schöpferischer Mensch ist nicht nur eine Individualität, er ist vor allem eine Persönlichkeit, und das ist bei weitem nicht dasselbe.

Aus diesen Überlegungen heraus gewinnen wir allgemeine Kriterien, welche es erlauben, den Wert der hypermodernen Kunstschöpfungen zu beurteilen. Die künstlerische Phantasie waltet ungehemmt von äußeren Schranken und kann ihre Objekte schaffen, unbekümmert darum, ob und wie sie in der Wirklchkeit anzutreffen sind. Aber die Vorstellungselemente sind zuletzt doch der Wirklichkeit entlehnt und an ihr orientiert. Das rein Subjektive, um die Normen der Wirklichkeit und um die Struktur unseres Weltbildes unbekümmerte Phantasieren, kann keine allgemeinmenschlichen Kulturwerte, keine Kunstwerte schaffen. Wie es der Tübinger Philosoph *Heinrich Maier* formuliert: „In der Schaffung der Phantasiegebilde selbst ist er (der Künstler) nicht sklavisch an die Regel der Natur gebunden. Er weicht oft genug von ihr ab, wo es die ästhetischen Gedanken fordern. Nur einer Norm ist er unterworfen: es muß wenigstens die Möglichkeit bestehen, die Phantasieobjekte als lebendige Gestalten, als eigentliche Dinge, Geschehnisse, Zustände, Situationen usw. vorzustellen.... Der echte Künstler kann weit gehen. Immer aber müssen seine Schöpfungen imstande sein, nicht allein anschauliche Vorstellungen ihrer Objekte in uns zu erzeugen; jedes dieser Objekte muß zugleich als Bestandteil eines anschaulich vorstellbaren Objektzusammenhanges erscheinen, der die logische Struktur unserer Wirklichkeitsvorstellung wenigstens in ihren elementaren Zügen aufweist[1]) und insofern der realen Welt immerhin ähnlich ist“[2]).

Es ergibt sich also, daß auch das ästhetische Erleben, wie das ästhetische Urteil an Normen geknüpft ist, welche, nicht durch willkürliche Setzung entstanden, ebensowenig durch willkürlichen Beschluß vernichtet werden können. Und so können wir *Maier* nur beipflichten, wenn er sagt: „Für die Entstehung des ästhetischen Erlebnisses besteht also die Voraussetzung, daß die von dem sinnlich Gegebenen geforderte Vorstellungsfunktion der Natur der uns zur Verfügung stehenden und formellen Vorstellungsmittel angemessen ist“.

Es bedarf keines Beweises, daß die futuristisch-dadaistisch-kubistischen Bestrebungen sich über alle diese Normen hinwegsetzen. Wo diese Künstler nicht von vornherein auf jeden Inhalt und jede wirklichkeitsentsprochene Form verzichten, präsentieren sich ihre Konstruktionen und Synthesen, ihre Zusammensetzspiele mit den Elementen der Wirklichkeit als etwas durch und durch Willkürliches, von keiner Norm Getragenes, nach keiner Norm hin Strebendes. „Aber der Künst-

[1]) Von mir gesperrt.

[2]) *H. Maier*, Psychologie des emotionalen Denkens.



ler" — wie *Hebbel* bemerkt — „darf nicht ins rein Willkürliche verfallen, denn dann wird er abgeschmackt".

Nach alledem bedarf es kaum einer besonderen Kritik der hypermodernen Kunstschöpfungen. Sie widersprechen den Formen unseres Schauens und Vorstellens, sie haben keine Beziehung zu unserem Weltbilde, es sei denn, um seine Elemente willkürlich zu vermengen und zu vergewaltigen. Durch ihre gewollte Unverständlichkeit machen sie den ungetrübten ästhetischen Eindruck unmöglich, indem sie ihre Darstellungen zu kopfzerbrecherischen Rätseln und Logogryphen gestalten. Es wird uns unmöglich gemacht, das Erleben des Künstlers nachzuempfinden, weil es in Hieroglyphen ausgedrückt wird, zu denen im allgemeinen Medium des ästhetischen Schauens kein Zugang zu finden, keine Einfühlung zu gewinnen ist. Die genialste schöpferische Intuition erstickt hier im Chaos der Formlosigkeit, verläuft sich in das Uferlose der willkürlichen Konstruktion, welche ohne das Steuer der allgemeinen Normen, ohne den Vorrat an objektiven Inhalten ins Leere hinaufzuklettern versucht, auf der halsbrecherischen Leiter unmöglicher und anmaßender Losungen.

Um die verhängnisvolle Rolle des Autismus und der Regression in der hypermodernen Kunst zu verdeutlichen, will ich noch in aller Kürze auf die bekannten Affinitäten mit der pathologischen Kunst hinweisen.

Als einem der führenden Psychiater unserer Zeit [1]) von seinen Schülern ein dadaistisches Plakat gezeigt wurde mit der Frage, ob es sich hier nicht um ein Produkt eines Geisteskranken handle, gab er zur Antwort, vor 10 Jahren würde er daran nicht gezweifelt haben, heute aber sei es ihm unmöglich, die Produktionen der normalen Künstler von denen seiner Patienten mit Sicherheit zu unterscheiden.

Diese Antwort gibt zu denken. In der Tat ist die weitgehende Analogie unverkennbar zwischen den Gebilden der hypermodernen Plastik und Dichtung und den Produkten der Geisteskranken, wie sie jeder Psychiater zu Gesicht bekommt.

Und zunächst: welches allgemeine Interesse kann dieser ganzen Fragestellung zukommen? Denn es kann sich keineswegs um den Nachweis handeln, unter den hypermodernen Künstlern sei eine große Anzahl von psychisch Abnormen. Selbst wenn dieser Nachweis erbracht wäre — ich persönlich glaube vielmehr das Gegenteil —, würde damit für die Beurteilung dieser Kunst wenig gewonnen

[1]) *Bleuler.*

sein. Die Tatsache, daß der Künstler nicht normal ist, bestimmt an sich keineswegs den Wert seiner Schöpfungen, und *Van Gogh's* Dementia praecox erlaubt nicht, seine große Kunst als abnorm zu bezeichnen. Andererseits bedarf der Begriff einer abnormen Kunst näherer Präzisierung, weil bekanntlich zwischen dem Normalen und Abnormen auch auf diesem Gebiete alle Übergänge bestehen. Vor allem aber darf man nicht außer acht lassen, daß mit der Feststellung der Abnormität einer Kulturbetätigung noch nichts über ihren Wert ausgesagt wird.

Was der kubistisch-dadaistischen Kunst ihr abnormes Gepräge verleiht, ist vor allem ihre Realitätsunentsprochenheit. Auch die schizophrenen — denn diese Krankheitsgruppe kommt hier vor allem in Betracht — Künstler kümmern sich nicht um die Realität und die Normen des realitätsgerichteten Schauens und Vorstellens. In willkürlicher Weise drücken sie ihre psychischen Inhalte in absonderlichen Symbolen und Zeichen aus, welche dem Arzte ohne entgegenkommende Erklärung des Kranken oft unverständlich bleiben würden.

Die Kranken stellen die unmöglichsten Zusammenhänge auf und zerlegen die Wirklichkeit in Elemente, welche sie willkürlich miteinander verbinden und kombinieren. Dabei erhalten die unbedeutendsten Arabesken eine große Bedeutung, indem sie zu Trägern wichtiger subjektiver Tendenzen gemacht werden. Der Zusammenhang ist, wie erwähnt, oft unverständlich, da die Ausdrucksmittel willkürlich aus den entlegensten Gebieten entlehnt werden.

Dies Verhalten geht so weit, daß die Kranken in ihre Zeichnungen Dinge hineinsehen, welche kein Normaler darin zu sehen vermag und welche, in Wirklichkeit nur subjektiv gegeben, für sie einen objektiven Wert bekommen. Es liegt nahe, hier an die Primitiven zu denken denn auch diese sehen in inhaltlosen Arabesken Gesichter und Gestalten, die für den Kulturmenschen unsichtbar bleiben. Was denn anderes tun die Kubisten und Genossen, wenn sie uns heißen, ihr synthetischen Konstruktionen, welche mit Objekten keinen Zusammenhang haben, als deren Äquivalente anzusehen?

Es kann experimentell nachgewiesen werden, wie stark manche Kranken ihre subjektiven Bereitschaften in ihre Anschauung hineintragen. Zeigt man ihnen die Heilbronnerschen Bilder, d. h. schematisch gezeichnete Bildchen von einfachen Gegenständen, einem Segelboot, einer Dorfkirche usw., so ist man überrascht zu sehen wie sie die einfachen Konturen umbilden, mit Details beleben und bereichern; die Bildchen dienen ihnen zum Anlaß, bereitliegende



innerungsbilder zu verwirklichen, längst Geschautes, persönlich Er-
ıtes in die schematische Zeichnung hineinzulegen.

Der hier in Betracht kommenden Krankheitsgruppe liegt ein
ozeß zugrunde, welcher die Beziehung der Psyche zur Welt zer-
ört und lockert, beziehungsweise verschiebt. Der Kranke wird un-
hig, Subjektives vom Objektiven zu unterscheiden, sein Weltbild
ıd seine Einstellung zur Welt wird nicht mehr bestimmt durch
e allgemeingültigen Normen, welche die Einstellung des Normalen
herrschen. Auch büßt der Kranke den Sinn für die Hierarchieen
r Werte ein, er weiß nicht mehr, Unrichtiges vom Bedeutsamen
ı unterscheiden und seine subjektiven Triebtendenzen objektiven
elen unterzuordnen. Die Formlosigkeit, die Verwirrtheit und
e Unverständlichkeit seiner Zeichnungen und seiner Schriftstücke
nd nur ein Ausdruck jener allgemeinen Störung der Beziehung
ır Realität.

Im spezielleren erinnern die dadaistischen Dichtungen an die
rankhaften Wortreihen, wo die Schwäche resp. das Fehlen deter-
ınierender Tendenzen und der Objektbezogenheit die Worte nach
ıfälligen, auch rein äußerlichen Zusammenhängen (Klangassoziatio-
en) zusammenfügen läßt, so daß schließlich der sogenannte „Wort-
ılat" zustande kommt. Es genügt z. B. das oben angeführte Ge-
icht von *Cocteau* mit einem beliebigen Beispiel aus einem psychiatri-
chen Lehrbuche zu vergleichen.

Auf dem Gebiete der Plastik erinnern die abstrakten Gemälde
n die Zeichnungen der Kranken, die in zusammenhanglosen Linien
ıre komplizierten Halluzinationen, ihre normalen und krankhaften
efühle und Vorstellungen, kurzum ihr gesamtes Erleben ausdrücken.
Ianche gehen sogar so weit, daß sie lange Berichte in selbstverfaßter,
tenographieartiger „Schrift" niederschreiben, einer Schrift, die nach
nomentanen Einfällen entsteht und ebenso rasch ihre Bedeutung
ür den Kranken verliert.

Wie unsere Künstler, wählen die Kranken absonderliche Linien-
komplexe, um abstrakte Ideen darzustellen; ein von *Schilder*[1])
beschriebener Kranker malt mit Rot-Blaustift den Frühling, die
Gleichheit, die Verschiedenheit und die Liebe, er versichert, er könne
jeden Begriff so malen, daß er von anderen wieder erkannt würde.
Derselbe Patient stellt zur Erklärung eines seiner futuristisch-dadaisti-
scher Bilder (er ist zu dieser Darstellungsweise im Laufe der Krank-

[1]) *Schilder*, Wahn und Erkenntnis. Springer, Berlin 1918.



heit spontan gekommen, ohne von den Modebestrebungen beeinflußt zu sein), einem Gewirr von schwarzen und roten Linien, Klexen und Zickzacken, folgende Gleichung auf: Leben = Äther = Elektrizität = Energie = Wille = Vernunft = Verstand = Instinkt = Geotropie = Nachbild = Ätherschwingung. Ähnlichen Sinn und Charakter haben die von diesem Patienten gegebenen Darstellungen seiner halluzinatorischen Erlebnisse, was den Schluß erlaubt, daß auch seine übrigen Produktionen aus einer inneren Notwendigkeit entspringen.

Es ist, als ob der äußeren Analogie der krankhaften und hypermodernen Kunst eine Verwandtschaft der psychischen Verwurzelung zugrunde liegt. Damit der Mensch die Normen verliert, nach denen sich die normale Einstellung zur Welt regelt, muß seine Beziehung zur Welt grundsätzlich gestört sein. Dies liegt bei den Kranken vor, dies muß auch bei Bestrebungen der Fall sein, welche, wie die kubistisch-dadaistischen, die allgemeinen Normen des Schauens und Vorstellens und jede Objektbezogenheit verleugnen.

In der Tat: was bei dem Kranken aus unbewußten Motiven durch den krankhaften Prozeß verwirklicht wird, das bringt zustande die mehr oder weniger bewußte, konsequente Attitude der hypermodernen Künstler.

„Je haïs la nature" — erklärt der Dadaist, und in diesen Worten liegt ein ganzes Credo, ein ganzes Bekenntnis. Es ist, als ob die Künstler an der Realität erkrankten und sich von ihr bewußt abwendeten. Daß sie dann das Ding an sich, wie der ebenfalls die Realität verleugnende indische Yogin, im eigenen Nabel finden, ist eine natürliche Konsequenz dieser Einstellung.

Es lebt sich hier der Drang einer Generation aus, welche an der Möglichkeit, die Welt zu besitzen, verzweifelt und eigene Schwäche zum Ruhmesblatt umdeutet. Nicht umsonst spricht eine Gruppe von französischen Dichtern von der „Possession du Monde" als dem zu erstrebenden Ideale. Man spricht immer viel von Dingen, die man nicht hat und die man ersehnt. Ebenso sprechen die Kubisten von dem großen Glauben, der nottut und den sie durch ihre Schöpfung bringen wollen.

Die inneren Lebensbedingungen des Zeitalters, insbesondere die Vorkriegsjahre und die Jahre des Krieges, erklären zur Genüge die Verzweiflung und die Müdigkeit des Menschen an seiner Welt, an seiner Kultur. Vielleicht ging in der Kunst früher denn anderswo



die Ahnung auf von der Wende des Zeitalters, von der Umwertung der gesellschaftlichen Grundlagen und von dem drohenden Umbau der Kultur.

So läßt sich der verzweifelte Versuch verstehen, dem Gegenständlichen zu entkommen, alte Formen zu sprengen, neue Realität aus sich heraus, ohne Rücksicht auf das Gegebene zu erschaffen. Und vielleicht liegt in den Tendenzen, die hier zum Vorschein kommen, das Bleibende, das Positive dieser Bestrebungen. An sich sind sie kulturfremd und kulturfeindlich, sie sind ein Ausdruck der Krankheit der Kultur und sie werden von ihr überwunden und abgeschüttelt werden, sobald der Mensch wieder in sich die Kraft findet, nicht in der Flucht vom Gegenständlichen, sondern im ewigen Vorstoß gegen die Realität seine menschlichen Werte zu prägen und seine menschliche Kulturwelt aufzubauen.

Ein neues Schema zur Aufnahme des geistigen Inventars.

Von

Friedrich Schaefer-Dösen.

Wenn im folgenden die Aufstellung eines neuen Schema zur Aufnahme des geistigen Inventars unternommen wird, so sind hierfür folgende Gründe maßgebend. Zunächst einmal sind in dem *Schultze-Rühs-Klieneberger*schen Fragebogen[1]), den auch *Jaspers* [2]) in seinem Referate als einen „guten" bezeichnet, eine Anzahl Fragen heute nicht mehr gut verwendbar geworden, wie die nach der Farbe der 5- und 10 Pf.-Marke und die nach Taler und Markstück, wovon die ersteren außerdem infolge der Farbenverwechselung auch Gesunder sich als wenig brauchbar erwiesen haben. Sodann sollte das Schema nicht mit Fragen belastet werden, die jede Krankengeschichte oder Personalblatt beantwortet, wie Name, Alter, Beruf usw. Hauptsächlich aber war für dasselbe eine gruppenweise Anordnung der Fragen zur besseren Übersichtlichkeit in Aussicht genommen, die der *Schultze-Rühs-Klieneberger*sche Fragebogen sowie die meisten anderen nicht aufweisen, wozu außerdem eine, so weit als mögliche Schwierigkeitsstaffelung der Fragen in den einzelnen Gruppen angestrebt wurde. Da der neue Fragebogen nur für Erwachsene Geltung haben sollte, denn bis zu 11—12 Jahren reicht das *Binet-Simon*sche System aus, so zerlegte er sich ganz von selbst in zwei Hauptteile, den der Schulkenntnisse und den des Lebenswissens. Um das weite Gebiet der ersteren einigermaßen zu erschöpfen, wurden möglichst viele Fächer des Schulunterrichts herangezogen, so das Rechnen, die Pflanzenkunde, allgemeine Erdkunde und spezielle Geographie, Geschichte,

[1]) *Schultze* und *Rühs*, Intelligenzprüfung von Rekruten und älteren Mannschaften. Deutsche med. Wschr. 1906, II, S. 1273. — *O. L. Klieneberger*, Intelligenzprüfung von Schülern und Studenten. Deutsche med. Wschr. 1907, II, S. 1813.

[2]) *K. Jaspers*, Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. 1910. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. I, S. 401



Religion, Tierkunde und Maß- und Zeitbegriffe, wobei ich besonders hervorheben möchte, was eigentlich selbstverständlich ist, daß sämtliche Fragen im Lehrpensum, z. T. sogar mehrerer Klassen, vorgesehen sind. Andererseits verlangte die tägliche Praxis, das Schema durch größtmögliche Kürze handlich zu gestalten — mußte doch selbst das stark reduzierte *Lange-Kräpelin*sche [1]) auf zwei Prüfungstage verteilt werden —, so daß nur sechs Fragen für jede Untergruppe ausgewählt wurden. Der zweite Teil des Lebenswissens wurde gegliedert in: Soziale Orientierung, Sittliche Begriffe, Allgemeinwissen, Prüfung der praktischen Intelligenz nach *Stern* [2]) und Prüfung der Urteilsfähigkeit nach *Moede-Piorkowsky-Wolff*. Obgleich die beiden letzten Gruppen eigentlich schon zu den Methoden der Intelligenzprüfung gehören, glaubten wir doch sie teils zur Kontrolle, teils zur Abrundung des Gesamtbildes anschließen zu dürfen. Eine eigentliche Neuleistung wird außerdem nur in drei Fragen der letzten Gruppe verlangt, und in der Prüfung der praktischen Intelligenz haben wir die Frageform zur Vereinfachung bis auf zwei Aufgaben angewandt. Um die geforderte Schwierigkeitsstaffelung zu erzielen, mußten in dem Schema auch Definitions- und Unterschiedsfragen verwandt werden, da diese mit reinen Kenntnisfragen schwerlich hätte erreicht werden können; bezüglich deren Anwendung verweisen wir auf die Schwierigkeit einer scharfen Trennung zwischen Intelligenz und Inventar, der zufolge sich in allen Inventarschemen auch Intelligenzfragen vorfinden, und auf die Ausführungen *Jaspers*, wonach man berechtigt ist, Begriffe, wenn sie nur einfach reproduziert werden, zum Inventar zu rechnen. An Fragen weist unser Schema 78 auf gleich 101 verwertbaren Antworten und ist im mündlichen Verfahren gut in einer Sitzung zu erledigen; die mit ihm erzielten Resultate sollen uns in den zwei nächsten Abschnitten beschäftigen. *Lange* hofft am Ende seines zuerst erschienenen Referates [3]) über die oben erwähnten Intelligenzprüfungen an Rekruten, „daß man durch Zusammenarbeit vieler zu einem Fragebogen kommen könnte, der allgemeine Verwendung verdiene". Wenn zu diesem Endziele auch unser Schema etwas beizutragen imstande sein sollte, so wäre sein Zweck erfüllt.

---

[1]) *J. Lange*, Über Intelligenzprüfung an Normalen. Psychol. Arbeiten (*Kräpelin*) Bd. VII, Heft 1, S. 55. 1920.

[2]) *E. Stern*, Der Begriff und die Untersuchung der „natürlichen" Intelligenz. 1919. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XLVI, S. 181.

[3]) *Lange*, Über Intelligenzprüfung an Normalen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. XX, Heft 3, S. 218.



Schema einer Inventaraufnahme.

A. Schulkenntnisse.

I. Rechnen. — 1. a) Nennen Sie die Zahlen von 1—20! b) Rückwärts!

2. a) 2 + 2 ist? b) 5 + 3 ist? c) 20 + 38 ist? d) 3 — 1 ist? e) 13 — 5 ist? f) 43 — 17 ist? g) 2 × 4 ist? h) 7 × 9 ist? i) 11 × 12 ist? k) 6 : 3 ist? l) 39 : 7 ist? m) 248 : 8 ist?

3. Wenn ich mir eine Zahl denke und dieselbe Zahl mal drei nehme, kommt neun heraus; welche Zahl habe ich mir gedacht?

4. Wenn Sie an einem Tage 34 Mark verdienen, wieviel verdienen Sie dann in einer Woche?

5. Wenn Ihr Einkauf 1,67 Mark beträgt und Sie geben einen Zweimarkschein hin, wieviel bekommen Sie heraus?

6. Drei Glas Bier kosten 6 Mark, wieviel kosten fünf Glas?

II. Pflanzenkunde. — 1. Nennen Sie mir eine Blume! 2. Welcher Teil der Pflanze steckt in der Erde? 3. Womit atmet die Pflanze? 4. Welche Früchte werden zuerst reif im Jahre? 5. Wie ist die Kohle entstanden? 6. Wie unterscheiden sich Eichen und Tannenbäume?

III. Allgemeine Erdkunde. — 1. Was ist eine Insel? 2. Was ist ein Tal? 3. Wie kommt der Wechsel zwischen Tag und Nacht zustande? 4. Was ist eine Sternschnuppe? 5. Wie entstehen Wolken? 6. Welches ist der Unterschied zwischen Fluß und Teich?

IV. Spezielle Geographie. — 1. Wie heißen die Himmelsrichtungen? 2. Auf welchem Erdteile leben wir? 3. An welcher Bahnstation liegt Ihr Heimatsort? 4. Wie heißt die Hauptstadt von a) Deutschland? b) Frankreich? c) England? d) Rußland? 5. Zu welchem Staate gehören wir? 6. Nennen Sie mir die drei größten Flüsse Deutschlands!

V. Geschichte. — 1. Welche großen Zeitabschnitte der Geschichte gibt es? 2. Wer hat Amerika entdeckt? 3. Wann war die Völkerschlacht bei Leipzig? 4. Was war 1870 los? 5. Wann war die Revolution in Deutschland? 6. Was ist der Unterschied zwischen Republik und Monarchie?

VI. Religion. — 1. Aus welchen zwei Hauptteilen besteht die Bibel? 2. Welche Wunder vollbrachte Moses? 3. Wo wurde Christus geboren? 4. Was bedeutet der Charfreitag? 5. Wann ist das Reformationsfest? 6. Welches ist der Unterschied zwischen Juden und Christen?

VII. Tierkunde. — 1. Was ist eine Schlange für ein Tier? 2. Womit atmen Fische? 3. Nennen Sie mir ein Haustier! 4. Welche Säugetiere leben im Wasser? 5. Warum kann eine Fliege an einer senkrechten Fensterscheibe hinauflaufen? 6. Unterschied zwischen Vögel (Sperling) und Schmetterling?

VIII. Maß- und Zeitbegriffe. — 1. Wie lang ist a) ein Tag? b) eine Woche? c) ein Monat? d) ein Jahr? 2. a) Nennen Sie die Wochentage! b) Rückwärts! 3. a) Nennen Sie die Monate! b) Rückwärts! 4. Wann beginnt das Frühjahr (Datum)? 5. a) Wieviel Gramm hat ein Pfund? b) ein Meter Zentimeter? 6. Welches ist der Unterschied zwischen gewöhnlichem Jahr und Schaltjahr?



B. Lebenswissen.

IX. Soziale Orientierung. — 1. Was bezweckt die Krankenkasse? 2. Wofür sind die Gerichte da? 3. Was ist ein Wertpapier? 4. Warum zahlt man Steuern? 5. Welchen Zweck haben die Wahlen? 6. Weshalb gibt es Zeitungen?

X. Sittliche Begriffe. — 1. Warum lernt man? 2. Weshalb wird man bestraft? 3. Warum gibt es die Einrichtung der Ehe? 4. Was ist Gerechtigkeit? 5. Was ist Dankbarkeit? 6. Welches ist der Unterschied zwischen Irrtum und Lüge?

XI. Allgemeinwissen. — 1. Welches ist die billigste Klasse auf der Eisenbahn? 2. Was ist eine Lotterie? 3. Woraus wird Glas (Brot) gemacht? 4. Wann wird man mündig? 5. Was ist ein Thermometer? 6. Was ist der Unterschied zwischen einem Roman und einem Märchen?

XII. Prüfung der praktischen Intelligenz (nach *Stern*). — 1. Wie werden Schuhsohlen länger haltbar gemacht? 2. Nach welcher Richtung dreht man eine Schraube auf? 3. Wie beseitigt man das Wackeln eines Tisches? 4. Aufgabe: Hier liegt ein Messer und ein Bogen Papier. Schneiden Sie mir ihn doch in vier gleiche Teile? 5. Wie kann man allein einen sehr schweren Schrank verrücken? 6. Aufgabe: In dem verdunkelten Zimmer ist eine Kerze auf einem Schranke noch sichtbar, außerdem befindet sich ein Stuhl im Zimmer. Auf dem Tische liegt eine Schachtel Zündhölzer. Versuchsperson soll das Zimmer erhellen! (Die Kerze darf natürlich nicht von der stehenden Person zu ergreifen möglich sein, sondern es soll der Stuhl als Hilfsmittel verwendet werden.)

XIII. Fragen nach *Moede-Piorkowsky-Wolff*. — 1. Denken Sie sich, in diesem Zimmer fängt die Gardine an zu brennen. Neben Ihnen steht ein Eimer mit Wasser und zwei Häuser entfernt ist die Feuerwehr. Was würden Sie da tun? 2. Sie schneiden sich zufällig so unglücklich in die Hand, daß das Blut im Strahl hervorquillt. Sie haben kein Telephon im Hause und kein Stück Verbandzeug, und der Arzt wohnt eine halbe Stunde entfernt. Was werden Sie da tun? 3. Stellen Sie sich vor, Sie sind nachts allein in der Wohnung und liegen zu Bett. Da werden Sie durch ein Geräusch munter und sehen, wie Einbrecher Ihren Kleiderschrank durchsuchen, in dem sich auch Ihr Revolver befindet. Was würden Sie da tun? 4. Sie haben ein Bild geschenkt bekommen und wollen es an einer bestimmten Stelle der Wand, wo es gerade am besten hinpaßt, aufhängen. So oft Sie nun den Nagel in die Wand einschlagen, bröckelt der Putz ab, das Loch wird immer größer und der Nagel fällt wieder heraus. Was werden Sie da tun? 5. Nehmen Sie an, Sie sind auf Reisen und kommen in eine fremde Stadt. Da fällt Ihnen ein, daß ein alter guter Freund von Ihnen dort wohnt; Sie wissen aber nicht seine Adresse. Wenn Sie den nun besuchen wollen, was werden Sie da tun? 6. Denken Sie sich, Sie wohnten in der Kleinstadt X und hätten sich mit einem Freund in Y verabredet; X ist von Y zwei Wegstunden entfernt. Den einzigen Kleinbahnzug am Tage, der 1¾ Stunden vor der verabredeten Zeit X verläßt, verpassen Sie gerade in dem Moment, wo er abfährt. Was würden Sie da tun? Eine andere Fahrgelegenheit ist nicht vorhanden.



Bemerkungen zum Schema. — Zu VII. 6: Es ist in den spätere
Versuchen statt Vogel „Sperling" gesetzt worden, da sich ersteres a
zu schwer herausgestellt hat (siehe Versuche am Normalen). — Zu XII. 3
Aus demselben Grunde wird Glas in „Brot" umgeändert, da man da
Versagen auf letzteres wohl als „pathologisch" deuten darf. — Zu XIII. 6
Bei den Versuchen an psychisch-abnormen Individuen, die früher als di
an normalen stattfanden, ist der letzte Satz ausgelassen gewesen, weshal
wir in den Ergebnissen die Antworten: „mit Auto, Wagen" usw. als richti
bewerten mußten. Von den Normalen wurde auch die erschwerte Aufgab
recht gut gelöst.

Vorliegendes Schema wurde, um seine Brauchbarkeit festzustelle
und zur Kontrolle für die späteren Krankenuntersuchungen, a
normalen Menschen erprobt. Zu diesem Zwecke hatten sich einm
Hörerinnen der Frauenhochschule zu Leipzig in dankenswerter Weis
zur Verfügung gestellt, andererseits konnten durch gütige Genehmigun
des Schulamtes verschiedene Klassen der Fortbildungsschulen fü
Knaben und Mädchen untersucht werden. Das Material setzt sic
demnach wie folgt zusammen:

Frauenhochschule Leipzig:			
17 Hörerinnen	Alter	19 —38	Jah
Fortbildungsschule für Knaben:			
22 Bäcker	„	15 —16,5	„
26 Schreiber	„	16,5—17,5	„
17 Versicherungslehrlinge	„	16,5—18	„
13 Versicherungslehrlinge	„	16,5—18,25	„
Fortbildungsschule für Mädchen:			
19 Arbeiterinnen, Klasse H. III. 11	„	16 —18	„
14 Arbeiterinnen, „ H. III. 7	„	16 —17	„
28 Verkäuferinnen, „ V. I. 4	„	14 —16	„
32 Kontoristinnen, „ K. I. 7	„	14 —16	„
19 Kontoristinnen, „ K. III. 11	„	16 —17,5	„
19 Schneiderinnen, „ S. III. 5	„	16 —18	„
19 Schneiderinnen, „ S. II. 11	„	16 —17,5	„
Sa. 245 Versuchspersonen.			

Die Gesamtsumme von 245 Versuchspersonen verteilt sich mith
auf 17 Hörerinnen, 78 Fortbildungsschüler und 150 Fortbildungsschül
rinnen oder 78 männliche und 167 weibliche Personen. Bei diesen Masse
untersuchungen konnten die Antworten selbstverständlich nicht prot
kolliert werden, sondern wurden schriftlich abgegeben; für jede Fra
wurde 1—2 Minuten Zeit verbraucht je nach der Schwierigkeit. V
Beginn des Versuches wurde stets die Anweisung gegeben, im Falle d
Nichtbeantwortung einen Strich zu machen, um eine Abgrenzung jed
Einzelversuches zu erstreben und nach Möglichkeit zu verhindern, da
die folgenden Leistungen durch Nachgrübeln geschädigt würden. D
uns die Zeit zur Erprobung des Gesamtschema nicht bewilligt worde

wäre, mußten wir es leider kürzen, dergestalt, daß wir die einfachsten Fragen ausließen, wodurch folgende neue Fragebögen entstanden:

I. Schema für die Frauenhochschule. — Fragen: II. 3, 5 u. 6; III. 3, 5 u. 6; IV. 4, 5 u. 6; V. 1, 3 u. 6; VI. 3, 4 u. 6; VII. 2, 4, 5 u. 6; VIII. 4, 5a u. 6; IX. 1, 2, 3, 4, 5 u. 6; X. 1, 2, 3, 4, 5 u. 6; XI. 4, 5 u. 6; XII. 2 u. 5; XIII. 2, 3, 4, 5 u. 6.

II. Schema für die Fortbildungsschulen. — Fragen: II. 3, 4, 5 u. 6; III. 1, 3, 5 u. 6; IV. 4, 5 u. 6; V. 1, 3 u. 6; VI. 2, 3, 4 u. 6; VII. 2, 4, 5 u. 6; VIII. 4, 5a u. 6; IX. 1, 2, 3, 4, 5 u. 6; X. 1, 2, 3, 4, 5 u. 6; XI. 3, 4, 5 u. 6; XII. 1, 2, 3 u. 5; XIII. 1, 2, 3, 4, 5 u. 6.

Letzterem Schema wurden noch die Fragen: „Was wissen Sie über Bismarck?“ und „Was wissen Sie über Goethe?“ beigefügt, so daß sich 53 Fragen gleich 58 verwertbaren Antworten ergaben; bei dem oberen Fragebogen waren 44 Fragen gleich 49 verwertbaren Antworten das Ergebnis.

Ergebnisse. — Bei Betrachtung der Resultate, von denen uns hier besonders die einzelnen Fragen selbst, das heißt, ob sie als „Tests“ geeignet sind, interessieren, ist noch zu erwähnen, daß die Zahl der Nullantworten eine verhältnismäßig geringe geblieben, ein Beweis, der von mir auch persönlich bestätigt werden kann, daß das Schema anregend wirkte, nicht als lästige Schulaufgabe empfunden wurde und die Versuchspersonen sich bemühten, möglichst gute Leistungen zustande zu bringen.

I. Frauenhochschule. Diese sollte uns einen gewissen Höchstmaßstab der Intelligenz liefern. Wenn man berücksichtigt, daß von 17 Hörerinnen 7 von Beruf Krankenschwestern sind, so daß wir es also mit keinem erstklassigen Materiale zu tun hatten, so ist das Ergebnis ein recht gutes. 20 Fragen wurden von allen richtig beantwortet, unter 50% blieb keine und unter 75% nur 2, nämlich III. 3 und X. 4. Es ist interessant, daß III. 3 das schlechte Ergebnis durch falsche und X. 4 durch Nullantworten erzielte. Daß diese beiden Fragen trotz neunjähriger Vorschulbildung so schlecht beantwortet werden, ist eigentlich unverständlich, zumal der gegenteilige Begriff „ungerecht“ so häufig in aller Munde ist. Berechnet man die Resultate der einzelnen Versuchspersonen prozentual auf das Gesamtschema, so schwankt sie zwischen 99,01—84,16%, wobei 16 über 90% bleiben, was wir im Vergleich zu den späteren Versuchen erwähnen möchten. Als Durchschnittsalter ergab sich 26,64 Jahre. Wichtig ist noch zu beachten, daß keine Person sämtliche Fragen einwandfrei gelöst hat.

II. Fortbildungsschule für Knaben. Es war zu erwarten, daß bei dem jugendlichen Alter der Versuchspersonen die Fragen des Lebenswissens, die ja mehr für reifere Menschen gedacht sind, schlechter gelöst würden als die der erst kurze Zeit zurückliegenden Schulkenntnisse. Dies trifft nicht zu. Da wir es hier mit einer städtischen Fortbildungsschule zu tun haben, muß das Material als relativ tiefstehend gelten; zu unterst kommen die Bäcker, dann die Schreiber und die Versicherungsklasse III. 2, am besten ist die Versicherungsklasse III. 1. Trotz der recht milden Bewertung sind die Resultate keine guten, nur die Fragen: IV. 5, VIII. 5a und XIII. 5 in der Bäckerklasse, IV. 5, V. 3, XI. 4 u. 5,



XII. 1 u. 3 und XIII. 5 in der Schreiberklasse, III. 5, X. 2, XII, 3, XIII. 5 u. 6 in der Versicherungsklasse III. 2 und IV. 5, IX. 1, 2 u. 6, X. 2, XI. 5, XIII. 4 u. 5 in der Klasse III. 1 wurden von sämtlichen Schülern richtig gelöst. Da uns besonders die einzelnen Fragen bezüglich des Schemas interessieren, so geben wir folgende Zusammenstellung:

Unter 75% richtigen Antworten blieben: II. 3 in vier Klassen, II. 4 in zwei, II. 5 in einer, III. 3 in vier, III. 5 in einer, V. 1 in vier, V. 6 in einer, VI. 2 in vier, VI. 4 in zwei, VI. 6 in vier, VII. 2 in vier, VII. 4 in drei, VII. 5 in vier, VII. 6 in drei, VIII. 4 in drei, VIII. 6 in drei, IX. 1 in einer, IX. 3 in vier, IX. 4 in einer, IX. 5 in vier, X. 3 in vier, desgl. X. 4; X. 5 in drei, desgl. X. 6 und XI. 3; XI. 6 in vier, XII. 5 in drei und XIII. 3 in drei Klassen.

Unter 50% richtigen Antworten verblieben: III. 3 in zwei Klassen, V. 1 in einer; VI. 6 in drei; VII. 4 in zwei; VII. 6 und VIII. 4 in je einer, desgl. IX. 3; X. 3 in vier; X. 4 in drei; X. 5 in einer; XI. 3 in zwei und XII. 5 in einer Klasse.

Es sind mithin 12 Fragen von weniger als der Hälfte der Schüler richtig gelöst worden, während anderseits die unregelmäßige Verteilung und die Tatsache, daß keine Frage von allen nicht beantwortet worden ist, beweisen, daß dieselben nicht zu schwer sein dürften. Entschuldigend spricht hierbei die Einwirkung des Krieges auf den damaligen Unterricht einerseits mit, andererseits sind unter den Fragen IX. 3, X. 3 und XII. 5 mehr für reifere Personen gedacht und war eine treffende Beantwortung nicht erwartet worden. Ich möchte hier einige Bemerkungen einflechten. Gemeinsam allen Versuchen wurde gefunden, daß die Frage IV. 5 Zweifel hervorrief, ob der engere Begriff Sachsen oder der weitere Deutschland gemeint sei, weshalb wir später hinzufügten, daß das Land, zu dem wir gehören, gemeint sei. Außerdem war selbst für die Frauenhochschule die Fassung von VII. 6 zu schwer, weshalb für „Vogel“ später „Sperling“ gesetzt wurde. Es ist interessant, daß viele Schüler in den Antworten: „Vogel gehört zum Federvieh“ oder ähnliches schreiben, wo die Verbindung Vogel mit Klasse der Vögel so nahe liegt. Dies änderte sich dann sofort. Weiterhin müßte man bei künftigen Versuchen die Frage nach der Herkunft des Glases durch die: „Woraus wird Brot gemacht?“ ersetzen, die sich schon in dem *Schultze-Rühs-Klieneberger*schen Schema findet, da sich erstere als zu schwer erwiesen hat und man bei den Kriegserfahrungen jedes einzelnen bezüglich des Brotes aus der Nichtbeantwortung der Frage positive Schlüsse mit Sicherheit ziehen kann. Es würde zu weit führen, sämtliche Fragen einer Betrachtung zu unterziehen, und so fügen wir nur noch die prozentuale Berechnung auf das Gesamtschema der einzelnen Versuchsperson bei.

Bäckerklasse	98,02—66,34%,	unter 75%	2	Schüler
		über 90%	9	,,
Schreiberklasse	98,02—73,27%,	unter 75%	1	,,
		über 90%	10	,,
Versicherungsklasse III. 2	98,02—74,26%,	unter 75%	1	,,
		über 90%	6	,,
Versicherungsklasse III. 1	98,02—81,19%,	unter 75%	0	,,
		über 90%	8	,,



Hier gestaltet sich das Ergebnis wesentlich günstiger bei Betrachtung der Gesamtleistung des einzelnen Schülers. Unter 75% richtiger Antworten bleiben nur vier im ganzen und die Variationsbreiten ergeben eine gute Übersicht über das geistige Niveau der Klasse. Wir können uns nur der *Lange*schen (Anm. 1 u. 3, S. 123) Ansicht anschließen, daß bei einer Bewertung nicht die einzelnen Fragen als solche, sondern die Gesamtleistung jeder einzelnen Versuchsperson zu betrachten ist. Bemerken möchte ich noch, daß unter den Schülern kein psychisch-abnormes Individuum zu ermitteln war und der einzige weibliche Fall eines solchen, nach dem Urteil der Lehrkräfte, leider am Untersuchungstage wie auch meist sonst fehlte.

III. Fortbildungsschule für Mädchen. Auch hier haben wir es mit Versuchspersonen zu tun, die denselben Bildungs- und sozialen Schichten entstammen wie die Knaben. Denn besser situierte Kreise lassen ihren Töchtern einen nur zweijährigen Privat-Fortbildungsschulunterricht zuteil werden, wenn sie nicht überhaupt von Anfang an den Besuch einer höheren Mädchenschule vorziehen. Andererseits besteht an dieser Schule infolge der Fülle des Materials die Einrichtung der sogenannten „Begabtenklassen", von denen eine, die Schneiderinnenklasse S. II. 11, mit untersucht werden konnte. Wir werden weiter unten sehen, inwieweit die *Lange*sche (Anm. 1, S. 123) Ansicht über dieselben zutrifft, soweit man aus den Ergebnissen dieser einen Klasse sich ein Urteil erlauben darf. Es würde zu weit führen, bei der Summe von 150 Schülerinnen die Fragen einzeln aufzuzählen; wir geben eine Übersicht in zwei Tabellen. Die erste ist in bezug auf die einzelnen Fragen ausgearbeitet und bringt die Anzahl der Fragen pro Klasse, die von sämtlichen Schülerinnen richtig beantwortet wurden, gleich 100%, die nur 75% und die nur 50% richtige Antworten ergaben.

Tabelle I.

			unter 75%	unter 50%	100% richtige Antworten.
14 Arbeiterinnen,	Klasse	H. III. 7 . .	24 Fragen	9 Fragen	16 Fragen
19 Schneiderinnen,	,,	S. III. 5 . .	23 ,,	9 ,,	10 ,,
28 Verkäuferinnen,	,,	V. I. 4	20 ,,	7 ,,	14 ,,
19 Arbeiterinnen,	,,	H. III. 11 .	18 ,,	5 ,,	16 ,,
19 Kontoristinnen,	,,	K. III. 11 .	15 ,,	5 ,,	15 ,,
32 Kontoristinnen,	,,	K. I. 7 . . .	12 ,,	4 ,,	12 ,,
19 Schneiderinnen,	,,	S. II. 11 . .	8 ,,	3 ,,	26 ,,

Wir sehen bei Betrachtung der einzelnen Fragen, daß auch bei den Mädchen die Resultate nicht fehlerfrei sind, wenn von 58 Fragen nur 15,57 Fragen im Durchschnitt 100% richtige und 40,86 Fragen über 75% richtige Antworten ergeben. Immerhin sind die Ergebnisse besser als bei den Knaben, wie wir aus einer noch anzugebenden Vergleichstabelle entnehmen können. Klar und deutlich geht jedoch schon aus obiger Aufstellung die Sonderleistung der „Intelligenzklasse" hervor. Keine von den anderen kann ihre Resultate erreichen, beinahe die Hälfte der Aufgaben wird von sämtlichen Schülerinnen gelöst und 50 Fragen ergeben über 75% richtige Antworten. Da es interessieren dürfte, welche



Fragen unter 50 % richtige Antworten, es sind insgesamt 16, erzielt haben, wollen wir wenigstens diese aufzählen.

* = Fragen unter 50% richtigen Antworten.

Frage:	H.III.7;	S.III.5;	V.I.4;	H.III.11;	K.III.11;	K.I.7;	S.II.11.
X. 3	*	*	*	*	*	*	*
XI. 3	*	*	*	*	*	*	*
VI. 6	*	*	—	*	*	*	—
IX. 5	*	*	*	—	*	—	—
XII. 5	*	*	—	*	—	—	—
IX. 3	—	*	—	—	—	*	*
III. 3	*	*	—	—	—	—	—
X. 4	—	—	*	—	*	—	—
X. 5	—	*	*	—	—	—	—
X. 6	—	—	*	—	—	—	—
II. 3	—	—	—	*	—	—	—
VIII. 4	—	—	*	—	—	—	—
VI. 2	—	*	—	—	—	—	—
VII. 5	*	—	—	—	—	—	—
V. 6	*	—	—	—	—	—	—
XII. 3	*	—	—	—	—	—	—

Wir sehen also, daß alle Klassen die Ehefrage und die nach dem Glas, fünf Klassen die nach dem Unterschied zwischen Juden und Christen, vier Klassen diejenige nach dem Zweck der Wahlen und schließlich drei Klassen die nach dem Wertpapier und die Schrankverrückungsaufgabe unter 50% richtig beantworteten. Selbst wenn wir die mehr für ältere Erwachsene bestimmten Fragen abziehen, bleibt das Versagen auf die Unterschiedsfrage und nach dem Ursprung des Glases unverständlich, wie das von je zwei Klassen auf III. 3, X. 4 und X. 5 und von je einer Klasse auf II. 3, VIII. 4, VI. 2 und X. 6. Kommen wir nun zu der zweiten oben angedeuteten Tabelle, die die Gesamtleistung der einzelnen Schülerin, prozentual auf das Schema berechnet, zur Beurteilung bringt, so stellt sich das Ergebnis wesentlich günstiger dar.

Tabelle II.

Klasse						
Klasse	H. III. 7	89,11—72,28%	r. Antw.,	üb. 90%	0 von 14	Schülerin.
,,	H. III. 11	95,05—84,16%	,,	,,	7 von 19	,,
,,	S. III. 5	93,07—62,38%	,,	,,	9 von 19	,,
,,	V. I. 4	94,06—76,24%	,,	,,	11 von 28	,,
,,	K. I. 7	96,04—82,18%	,,	,,	17 von 32	,,
,,	K. III. 11	98,02—77,23%	,,	,,	10 von 19	,,
,,	S. II. 11	100,00—86,13%	,,	,,	*17* von *19*	,,

Es bleiben nur zwei von den 150 Schülerinnen unter 75% richtigen Antworten, und zwar eine aus der H. III. 7 und eine aus der S. III. 5 Klasse, die somit die niedrigste Stufe darstellen; 71 Schülerinnen leisten im Gesamtresultat über 90 % richtige Lösungen. Auch hier tritt die Begabtenklasse mit nur zwei unter 90% verbleibenden Versuchspersonen deutlich aus den anderen Klassen hervor, eine Schülerin liefert sogar Null-Fehler, welches Resultat nicht einmal auf der Frauenhochschule



erreicht wurde. Damit kommen wir zu den Vergleichen der einzelnen Schulen miteinander, die wir nach zwei Tabellen vornehmen wollen; einmal die einzelnen Fragen und dann die Gesamtleistungen.

Vergleichs-Tabelle I.

Personen	unter 75%		unter 50%		100% richt. Antw.	
Hörerinnen	2	Fragen	0	Fragen	20	Fragen
Mädchen	17,14	„	5,5	„	15,57	„
Knaben	21,25	„	6,0	„	5,75	„

Vergleichs-Tabelle II (Gesamtleistung).

Hörerinnen	16	über	90%,	0	unter	75%	von	17 Pers.
Mädchen	71	„	90%	2	„	75%	„	150 „
Knaben	33	„	90%	4	„	75%	„	78 „
	120	über	90%,	6	unter	75%	von	245 Pers.

Aus Tabelle I geht deutlich der Niveauunterschied zwischen Frauenhochschule einerseits und Fortbildungsschulen andererseits hervor, wobei die Mädchen etwas besser abschneiden als die Knaben, was vielleicht bei einem größeren Untersuchungsmateriale sich ausgleichen würde. Wertvoller sind die Resultate aus der Gesamtleistungsübersicht; fast die Hälfte der Versuchspersonen lieferte mehr als 90 richtige Lösungen, und unter 75% bleiben nur sechs zurück.

Ergebnis. — 1. Nach den bei uns leider nur an einer Klasse gemachten Erfahrungen ist eine Niveaudifferenz zwischen der Begabtenklasse und der gewöhnlichen Schulklasse deutlich vorhanden und nachweisbar.

2. Die Brauchbarkeit des Schema zur Inventaraufnahme hat sich erwiesen, indem von 245 Versuchspersonen 239 über 75% positive Leistungen lieferten (Gesamtleistung).

3. Nicht die einzelnen Fragen dürfen einer Bewertung zugängig gemacht werden, sondern die Gesamtleistung ist zu verwenden.

4. Das Versagen der einzelnen Personen auf ganz verschiedene Fragen rechtfertigt unsere Annahme, daß für einen Fragebogen möglichst viele Wissensgebiete herangezogen werden müssen, um hierfür einen Ausgleich zu schaffen.

5. Der normale Durchschnittswert der Gesamtleistung dürfte für unser Schema nach obigem etwa 86% betragen.

Wir kommen nun zum letzten Teile unserer Ausführungen, zur Erprobung des Schema am Kranken selbst. Zunächst sei nochmals hervorgehoben, daß der Fragebogen eine Einteilung nach Spezialkenntnissen enthält, da verschiedene Erfahrungen und Berufszweige eine Auslese in besonderen Kenntnissen mit sich bringen und einen Erwerb spezieller Kenntnisse bedingen. Es wurden insgesamt 10 männliche und 6 weibliche Patienten verschiedener Krankheitsformen



untersucht, von denen uns zunächst auf die ersteren näher einzugehen erlaubt sei. Vorausschicken möchte ich noch, daß die Versuchspersonen sämtlich lebhaftes Interesse für die Untersuchung zeigten und sich bemühten, möglichst gute Antworten zustande zu bringen, welche Tatsache auch für die Brauchbarkeit des Schema sprechen dürfte.

Fall 1. Adolf D., Arbeiter, 33 Jahre alt, ledig. Vater an Tuberkulose gestorben (Selbstmord?), Mutter gesund. Seit Oktober 1914 trinkt Patient täglich 8—10 Glas Bier, war öfters betrunken auf der Polizeiwache, wovon er hinterher nichts mehr weiß. War schon vom 30. 3. 15 bis 15. 5. 16 in der Anstalt, danach als geheilt entlassen; am 26. 7. 20 nach Alkoholexzeß in bewußtlosem Zustande erneut aufgenommen. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Besonderes. Diagnose: Psychopathie. Verlauf: In der Anstalt ist er dauernd ruhig, wenn auch mitunter etwas hastig und zerfahren. Arbeitet regelmäßig. 11. 8. derselbe Befund. 20. 11.: Verrichtet die Küchenarbeit auf der Station zur Zufriedenheit.

Es handelt sich hier um einen Fall, der zurzeit als wieder gebessert kurz vor der Entlassung steht. Die Untersuchung mit dem Schema ergab sehr gute Leistungen — bezüglich des Gesamtergebnisses wird, auch für die folgenden Patienten, auf die Tabelle am Schluß verwiesen — und eine Untersuchungsdauer von nur 30 Minuten. Hierbei möchte ich noch erwähnen, daß die Antworten bei allen stenographisch aufgenommen wurden und die Zeit nur zu Beginn und am Ende jeden Versuches notiert wurde, es handelt sich also immer um Gesamtuntersuchungszeiten, weshalb ich sie auch mit ca. weiterhin angeben will. Da es zu weit führen würde, jede einzelne Frage zu besprechen, wollen wir besonders eine Gruppe, und zwar die der „Sittlichen Begriffe" = X des Schema näher betrachten, um sie auch gegenüber den anderen Versuchspersonen vergleichen zu können.

D. beantwortet diese 6 Fragen folgendermaßen: 1. Damit man es zu etwas fertig bringt, damit man eine gesicherte Position erhält. 2. Damit man sich bessert. 3. Damit man ein geordnetes Zusammenleben hat. 4. Wenn man einen behandelt wie den anderen, ohne ihn zu übervorteilen oder zu benachteiligen. 5. Ist das, wenn man von einer Person etwas Gutes bekommen hat und man macht sie nicht schlecht. 6. Wenn man einem vorsätzlich etwas Falsches sagt und Irrtum, im Gespräch etwas Falsches sagt.

Wir vermissen in diesen Antworten bei 1 das Lernen aus innerem Antriebe, was man jedoch wohl kaum von einem gewöhnlichen Arbeiter fordern kann, und bei 5 die Gegenleistung durch die Tat, falls man sich überhaupt mit dieser etwas absonderlichen Auffassung der Dankbarkeit einverstanden erklärt. Bei 6 ist wohl das Richtige gemeint, und 3 trifft auch nicht ganz den Kern der Sache. Im allgemeinen aber muß man die Lösungen als recht gute bezeichnen; die einzige Frage, die Patient unbeantwortet gelassen hat, ist die nach dem Unterschied zwischen Juden und Christen. Von besonders eigenartigen Antworten ist nichts zu erwähnen.



Fall 2. Paul Richard M., Kartonnagenarbeiter, 30 Jahre alt, ledig. Vater ist Trinker gewesen, über die Mutter ist nichts bekannt. Patient hat als Kind Krämpfe gehabt, ist dreimal in der Schule sitzen geblieben. Vom Militär wurde er als kr. u. und versorgungsbedürftig der Anstalt Dösen am 1. 6. 18 überwiesen. Kein Alkoholmißbrauch. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts von Belang. Diagnose: Imbezillität. Verlauf: M. hat keine Krankheitseinsicht, lebt stumpf und teilnahmlos dahin. Befund immer derselbe; dementes, zerfahrenes Wesen, stereotype Äußerung: „Kann ich nicht bald nach Hause" oder ähnliches. In letzter Zeit körperlicher Rückgang.

Die Untersuchung mittelst des Schema bestätigt diesen Krankheitsbericht. Fragen III. 1 und 2 beantwortet er mit „wo Wasser resp. viel Wasser ist", Fragen VII. 5 und XII. 3 mit „wo es glatt ist". Die Unterschiedsfragen löst er teils durch „größer" und „kleiner", teils durch Erklären des einen Gegenstandes für „besser". Seine Kenntnisse sind mithin äußerst dürftige zu nennen. Als besonders kennzeichnende Antwort sei noch die auf die Frage nach der Bedeutung des Charfreitags erwähnt, die lautet: „Eine heilige Tiefe, wo sie Kränze auf den Friedhof tragen." Die Vergleichsfragengruppe X ergibt folgendes: 1. Zum Arbeiten. 2. Wenn sie Dummheiten machen. 3. Gute Ehe, schlechte Ehe. 4. Wenn man einen andern aushelfen tut, wenn er keinen Lohn hat. 5. Gute Haltung, gute Sprache. 6. Betrug.

Dem Patienten fehlen alle höheren Moralbegriffe, den tieferen Sinn einer Strafe empfindet er nicht. In Frage 3 kommt es zum Haftenbleiben an dem letzten Worte „Ehe", Gerechtigkeit und Dankbarkeit ist er außerstande, auch nur annähernd richtig zu erklären, und bei der Unterschiedsfrage bleibt er wieder an dem letzten Worte „Lüge" haften, das er für Betrug erklärt. Wichtig ist noch besonders, wie M. sich bei der Lösung der praktischen Aufgaben XII. 4 und XII. 6 verhält. Während er bei ersterer den Bogen Papier nicht zusammenfaltet, sondern ihn mit senkrecht gehaltenem Messer in vier gleiche Teile zu zerlegen sucht, ist er letztere überhaupt nicht auszuführen in der Lage, indem er sich, auf den Zehen stehend, krampfhaft abmüht, die Kerze zu erreichen, um es nach langer Zeit als unmöglich aufzugeben. Auch Gruppe XIII ist bis auf Antwort 4 falsch, so klingelt er die Feuerwehr an, telephoniert bei 3 nach der Polizei usw. Die Schwere des Falles geht auch aus der Zahl von 67 falschen Antworten, die von keiner der übrigen Versuchspersonen erreicht wird, hervor, während die Zahl der nicht beantworteten Fragen gleich 13 von den beiden Epileptikern noch bedeutend überschritten wird.

Fall 3. Richard Rudolf M., Schneider, 24 Jahre alt, ledig. Über Familienanamnese keine Angaben vorhanden. Seit dem 9. Lebensjahre Krampfanfälle, meist in Serien, oft mit anschließendem Dämmerzustand. Hat die Schule glatt absolviert. In der Lehre habe er etwas schwerer gelernt, aber zur richtigen Zeit die Gesellenprüfung gemacht. Beim Militär ist er nicht gewesen. Zur Zeit der Aufnahme in die Anstalt am 23. 8. 16 zeigte er folgenden Befund: Zunge zeigt mehrere Narben, zittert nicht. Ganz leichter Tremor manuum. Patellarreflexe r. und l. lebhaft, leichte Hyperästhesie, vasomotorische Reflexerregbarkeit zweifach positiv, Sprache etwas stockend, aber frei von artikulatorischen Störungen. Intellektuell



sehr reduziert. Diagnose: Epilepsie. Verlauf: Erste Zeit serienweise Anfälle. 21. 8. 18: Noch immer schwere Anfälle, geistig ziemlich stumpf und interesselos. 1919: Zustand derselbe.

Bei der Untersuchung kam deutlich die geringe Beweglichkeit des Denkens und der mangelnde Wortschatz zutage, die Antworten erfolgten äußerst langsam, so daß die Gesamtzeit etwa 75 Minuten betrug. Dieser Mangel an Worten zeigt sich besonders in den Antworten auf Fragen: III. 1: „Ein Höheres, wo Bäume und Häuser drauf sind", V. 6: „Eine Republik sind doch, wie soll man da gleich sagen, haben keinen Herrscher — Monarchie ist der Herrscher", und VII. 2: „Es sind so mehrere Dinger hier (zeigt an seinen Kopf)." Von den praktischen Aufgaben löst er XII. 6 richtig, während er bei XII. 4 ebenso wie der vorige Patient ohne Falten den Bogen mit senkrechten Messer zu teilen versucht. Betrachten wir nun die Antworten auf X: 1. Damit man arbeiten kann, damit man weiß, was man arbeitet. 2. Wenn man Sachen begangen hat, die man nicht soll. 3. 0. 4. Ist doch, wenn man was gesagt bekommt und man tut dann das Wahre. 5. Wenn ich einen, der mir was gesagt hat, tue. 6. Irrtum, wenn ich nicht weiß, wo ich bin. Lüge, wenn ich was nicht richtig sage.

Zunächst fällt hier auf die Schwierigkeit des Denkens und Definierens sowie die rein örtliche Auffassung des Begriffs „Irrtum" als „Verirrtsein". Auch M. ist nicht in der Lage, Gerechtigkeit und Dankbarkeit richtig zu erklären, zeigt aber in den Antworten 1 und 2 eine etwas bessere Formulierung als die vorige Versuchsperson. Daß M. aber eine Unterschiedsfrage richtig zu lösen imstande ist, zeigt er in VII. 6. Bezüglich der Gesamtfehlerzahl sei auf die Tabelle am Schlusse des Abschnittes verwiesen

Fall 4. Emil Hans R., Arbeiter, 20 Jahre alt, ledig. Die Mutter hat außer ihm noch drei Kinder gehabt, von denen eins im jugendlichen Alter an Krämpfen gestorben ist und eine Tochter von 21 Jahren gleichfalls an Krampfanfällen leidet. In der Schule hat R. gut gelernt; die Anfälle bestehen erst seit dem 13. Lebensjahre zugleich mit Bettnässen, Zungenbiß und Verletzungen sowie häufigen Absencen. Nicht mehr arbeitsfähig ist Patient seit 1919. Früher aller 8—14 Tage ein Anfall, von da ab täglich 3—4. Am 12. 12. 19 wurde R. im Dämmerzustande ins Krankenhaus St. Jakob eingeliefert; über die Nervenklinik Leipzig gelangte er am 13. 3. 20 in die hiesige Heilanstalt Dösen. Körperlicher Befund: Deutliche Asymetrie der Gesichtshälften, Narben an Stirn und Hinterkopf. Patellarreflexe lebhaft, Pupillen sehr weit, deutlich different, reagieren. Vasomotorische Reflexerregbarkeit lebhaft, Sprache ungestört. Geistiger Befund: Außerordentlich erschwerter Gedankenablauf und Auffassung, persönlich richtig, zeitlich und örtlich mangelhaft orientiert. Starke Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Gemütliche Abstumpfung, Stimmung heiter. Rechnet sehr schlecht. Neigung zu Gewalttätigkeiten, Gehörs- und Gefühlstäuschungen. Diagnose: Epilepsie. — Verlauf: Hat bis auf eine anfallfreie Woche dauernd weitere Anfälle, später nicht mehr fixierbar, greift den Pfleger an. 15. 3. 20 Freier. 17. 3. Anfall. 7. 4. spärliche Anfälle. 1. 5. ruhig, merklich dement, anfallsfrei. 15. 11. Anfall.



Wir sehen also, da die Anfälle jetzt weniger gehäuft auftreten gegenüber der Zeit der Aufnahme, daß entweder sich die Krankheit gebessert hat oder der Prozeß zu einem gewissen Stillstand gekommen ist; inwieweit dies die schweren geistigen Störungen beeinflußt hat, werden wir sogleich aus der Besprechung der Untersuchungsergebnisse ersehen. Die Antworten erfolgten äußerst langsam, so daß R. die längste Gesamtuntersuchungszeit erreichte. Weiterhin lieferte er nur 15 richtige Antworten, die das schlechteste Ergebnis von allen Versuchspersonen darstellen. Eine ständig wiederkehrende Antwort von ihm ist: „Das weiß ich nicht, da bin ich noch nicht hin (aus) gekommen", die sich mit geringen Variationen bei II. 5, II. 6, III 4, IX. 5 und anderen findet. Auch das Haftenbleiben an der vorhergehenden Antwort, welches für die Schwerbeweglichkeit des Geistes spricht, kommt mehrfach vor, so bei II. 3 u. 4: „Apfel" und „Äpfel", bei IV. 4: „Leipzig, Frankreich, England, Rußland" und V. 1: „Frankreich, England, Leipzig dann gibts" und VI. 3 und VI. 4: „In der Krippe zu Israel" und „Die heilige Krippe". Die Unterschiedsfragen beantwortet er entweder gar nicht oder indem er den einen Gegenstand als „größer" bezeichnet, so III. 6 und VI. 6; als „schneller" bei VII. 6. Ferner ist ihm das Rückwärtsaufsagen geläufiger Reihen unmöglich. Die Gruppe X beantwortet er in folgender Weise: 1. Daß man was erwerben kann. 2. Wenn man was maust. 3. Daß man heiraten kann und viel mehr erwerben kann. 4. Heiraten. 5. Daß man viel mehr erwerben kann — Dankbarkeit ist meist auch Liebe. 6. Wenn man einen anderen was wegnimmt oder sonst was.

Hier tritt besonders deutlich die schwere Fixierbarkeit des Patienten, das Haftenbleiben an denselben Worten und die starke Demenz in die Erscheinung. Wir sehen mithin das Weiterbestehen der schweren intellektuellen Störungen und werden deshalb einen Krankheitsstillstand ohne Änderung des geistigen Befundes annehmen müssen.

Fall 5. Karl Max Z., Schlächter, 44 Jahre alt, ledig. Vom 23. 5. bis 25. 6. 1919 in der Nervenklinik Leipzig, dann nach hier überwiesen. Körperlicher Befund: Pupillen eng, reagieren wenig auf Licht. Wa. Re. dreifach positiv, Nonne-Apelt vierfach; Liquor klar, Zellen etwa 100, Nonne dreifach, Pandy dreifach. Geistig: Zeitlich und örtlich desorientiert, gewalttätig gegen Mitkranke. Diagnose: Dementia paralytica. Verlauf: 5. 1. 20 Konfabuliert. 15. 3. Ganz geordnet. 1. 5. Labile Stimmung, hypochondrische Ideen (Größenwahn). Unaufmerksam, da ganz in seinen Ideen befangen. Die Krankheit machte dann keine wesentlichen Fortschritte und scheint klinisch zum Stillstand gekommen zu sein. 15. 11. 20 Geordnet, leicht expansiv, arbeitet regelmäßig und versieht die Hausarbeiten auf der Abteilung zur Zufriedenheit.

Die Fragen wurden rasch beantwortet, die Gesamtzeit betrug nur 45 Minuten, bloß 10 Fragen blieben ohne Lösung. Das Resultat ist somit ein verhältnismäßig gutes geworden mit 61 richtigen Antworten; von den drei Paralytikern ist er jedoch trotzdem der schlechteste, da er unbedingt kritiklos etwas produzieren muß — eine expansive Natur und das Gegenteil von Zögern und Sich-besinnen, wie aus den Produkten III. 1, III. 4, VI. 6 und VII. 2 deutlich zu ersehen ist. Von den Unterschiedsfragen löst er III. 6 und VII. 6 richtig, die übrigen durch Worterklärung



oder -umschreibung, XI. 6 indem er behauptet, Romane seien besser als Märchen. Die praktischen und Urteilsfragen beantwortet er richtig bis auf XIII. 3, diese auch wiederum infolge mangelnder Kritik. Die Vergleichsfragengruppe X ergibt folgendes Resultat: 1. Daß man fortkommt. 2. Wenn man was begangen hat oder wegen Stehlen. 3. Daß die Menschen sich vermehren. 4. Wenn einer was sagt, und er hat Recht, so sage ich, das ist Gerechtigkeit. 5. Wenn man was bekommt. 6. Lügen sind Lügner, wenn man sich mal irrt, ist man im Irrtum.

Hier tritt auch die Einbuße an höheren sozialen und ethischen Regungen deutlich in die Erscheinung, desgleichen die Kritiklosigkeit des Urteils. Besonders charakteristisch ist die Verwechselung von Gerechtigkeit mit Recht, so wie von Lügen und Lügner, in 5 von Ursache und Wirkung.

Fall 6. Karl Edmund Richard M., Steindruck-Maschinenmeister, 43 Jahre alt, verheiratet. Seine Frau hat nach dem ersten Kinde zweimal eine, nach dem sechsten nochmals eine dritte Fehlgeburt gehabt. Seit Mai 1915 ist M. leicht gereizt, nervös, schimpfte viel; von 1917 an Verwirrtheitszustände, Kopfschmerzen, Vergeßlichkeit, ab November 1918 Erregungszustände, Selbstmordabsichten. Patient befand sich vom 16. 11. bis 2. 12. 19 in der Nervenklinik Leipzig, an letzterem Tage der Anstalt überwiesen. Befund: Pupillen entrundet, different, Licht und Konvergenz l. ganz gering, r. aufgehoben, Patellarreflex r. > l., Sprachstörungen. Wa. Re. Liquor 1fach negativ, 5fach positiv, Serum 2,5fach positiv. Geistig: Verlangsamter Gedankenablauf, persönlich richtig, örtlich und zeitlich desorientiert, hält sich für einen Mörder, starke Merkfähigkeitsstörung. Diagnose: Dementia paralytica progressiva. Verlauf: 13. 12. 19: Auffallend wechselnde Stimmungen. Im Jahre 1920 psychisch recht stumpf. 1. 12. 20: Unverändert, Schwirren und Schleifen der Sprache, geringes Schwanken beim Romberg. Es ist hierbei beachtenswert, daß der unveränderte Zustand während des Jahres 1920 auf einen Stillstand des Krankheitsprozesses, auf eine „stationär" gewordene Paralyse schließen läßt.

Im ganzen betrachtet, erzielte die Untersuchung mittelst des Schemas ein recht annehmbares Resultat; die Summe der richtigen Antworten von 70 = 69,31% sowie nur 8 unbeantwortete Fragen erlauben diesen Schluß. Die Rechenaufgaben werden bis auf drei richtig gelöst, desgleichen die meisten Unterschiedsfragen. Nicht unerwähnt möge eine Eigentümlichkeit des Patienten bleiben, die bei verschiedenen Antworten, wie III. 3, V. 2 u. 6, VI. 6 usw. zutage tritt. M. kleidet nämlich seine, meist ganz richtige Antwort in die Möglichkeitsform, indem er z. B. das Wort „vielleicht" einfügt; anscheinend gründet sich dies auf persönliches Mißtrauen gegenüber dem eigenen geistigen Wissen. Der Gedächtnisdefekt zeigt sich unter anderem in den Antworten IV. 1, VI. 3 u. 5, VIII. 4 u. 6. Die Kritiklosigkeit des Urteils zeigt sich besonders in der Gruppe XIII; auch in den Vergleichsfragen = X, die sogleich folgen sollen, kommt sie deutlich zum Ausdruck: 1. Damit jeder Mensch sein eigenes Fortkommen hat. 2. Wenn man irgend einen Diebstahl begeht und kommt in eine Schlägerei und irgendwo Schaden zugefügt hat. 3. Damit die Menschen nicht abnehmen, daß sich die Menschen vermehren. 4. Er



urteilt die Wahrheit. 5. 0. 6. Irren kann man sich, wenn man was spricht, aber wenn man die Wahrheit weiß, kann man keine Lüge sagen.

In diesen Antworten tritt wieder deutlich das Fehlen jeder höheren sozialen und ethischen Regung zutage. Der Begriff der Dankbarkeit ist dem Patienten gänzlich unbekannt und die Unterscheidung von Lüge und Irrtum gelingt ihm auch nicht. Als Beispiel, wie M. bei etwas schwierigeren Überlegungen einfach versagt, sei noch seine Antwort auf die Frage nach dem Unterschiede zwischen Roman und Märchen angeführt, die lautet: „Romane sind Erlebnisse von anderen, Märchen sollen solche ähnliche Erlebnisse mit sein, aber anders."

Fall 7. Richard Kurt M., Werkführer, 41 Jahre alt, verheiratet, hat drei Kinder. Seine Frau hat eine Fehlgeburt gehabt, sein Vater ist an Atherosklerose gestorben, ein Bruder ist ein Taugenichts. Als Kind hat M. Keuchhusten, Lungenentzündung und angeblich Cholera gehabt. 1912 Schankerinfektion. Hat bis Weihnachten 1918 gearbeitet, dann ein Jahr im Pflegehaus gewesen. Am 26. 4. 20 plötzliche Erregung, schlug ein Fenster ein und äußerte Größenideen. Wurde erst in die Nervenklinik gebracht, am 7. 7. 20 hier eingeliefert. Befund: Operationsnarbe r. Leistengegend, bis auf den Penis reichend. Pupillen beiderseits sehr eng, reagieren nicht auf Licht und Konvergenz. Patellarreflexe fehlen, desgleichen Achillessehnenreflexe, Bauchdeckenreflex schwach, vorhanden. Schmerzempfindung an den Beinen herabgesetzt. Sprache etwas langsam, verwaschen, artikulatorisch gestört. Geistiger Befund: 7. 7. 20: Örtlich und zeitlich orientiert, Auffassung ungestört. Merkfähigkeit für vierstellige Zahlen etwas reduziert. Positive Kenntnisse mäßig, aber noch dem Bildungsgrad entsprechend, keine Größen- oder Wahnideen, keine Halluzinationen. Diagnose: Paralyse (Tabo-Paralyse). Verlauf: 10. 11. Patient ist ruhig, freundlich, geordnet, fügsam, etwas gleichgültig. M. arbeitet in der Korbmacherei. — Auch hier haben wir es mit einer Remission der Paralyse zu tun, die nach dem ersten Anfalle eingetreten ist; Patient wurde bereits als gebessert nach Dösen überwiesen.

Von den Fragen sind 3 unbeantwortet geblieben, 14 sind fehlerhaft, so daß Versuchsperson mit 84 richtigen Lösungen an drittbester Stelle steht (siehe Übersicht am Ende des Abschnittes). Die Gesamtzeit ist mit 60 Minuten die längste von den drei Paralytikern, im Vergleich zum Psychopathen doppelt so lang. Besonders erwähnt sei die Tatsache, daß M. bei XII. 6 sich lange Zeit vergeblich mühte, die Kerze mit dem brennenden Streichholz zu erreichen, bis er endlich darauf kam, den Stuhl zu Hilfe zu nehmen. Die Kritiklosigkeit tritt auch bei ihm mehrfach in Erscheinung, besonders bei II. 5, III. 4, XI. 6 und XIII. 3. Sein Zahlengedächtnis ist deutlich defekt, die Revolution war nach M. 1917, das Reformationsfest ist am 17. November und mündig wird man mit 18 Jahren. Die Vergleichsfragengruppe X ergibt folgende Leistungen: 1. Daß man ein kultivierter Mensch wird. 2. Wenn man Unrecht tut. 3. Daß das Ehepaar friedlich zusammen leben soll. 4. Was sich alles auf Wahrheit beruht. 5. Wenn man sich für eine erhaltene Gabe herzlich ausdrückt. 6. Irrtum ist ein Versehen, Lüge ist eine bewußte Tat. Falsches Aussagen.

Wenngleich die Defekte in sozialer und ethischer Beziehung hier bei weitem nicht so große sind als bei den beiden vorhergehenden Personen,



sind sie doch noch deutlich vorhanden. Von den Definitionen gelingt M. die der Gerechtigkeit gar nicht, während die der Dankbarkeit ohne den Begriff der Gegenleistung doch getroffen wird, wenn auch in abnormer Ausdrucksform. Die Unterschiedsfrage wird, wie auch die meisten übrigen im Schema, einigermaßen zutreffend gelöst.

Fall 8. Albert Richard C., Fabrikarbeiter, 23 Jahre alt, verheiratet. Familienanamnese nichts Besonderes. In der Schule hat C. leidlich gelernt, sie bis zur ersten Klasse besucht, ist nicht sitzen geblieben. Lesen und Schreiben sei ihm leicht, Rechnen schwer gefallen. Später Kellnerberuf erlernt. Als Rekrut eingezogen, kam er wegen Ideenflucht ins Vereinslazarett Dösen, vom 9. 6. 17 bis 1. 8. 17; an diesem Tage wurde er der Heilanstalt Dösen überwiesen. C. war anfangs sehr erregt, später ruhiger. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Erwähnenswertes. Diagnose: Dementia praecox. Verlauf: 1918 wechselndes Verhalten, meist negativistisch-ablehnend, auch läppisch-geziert. 21. 7. schlägt er auf die Schwestern ein. 30. 12. wieder dauernd stumpf und untätig. Im Jahre 1919 ebenso. 7. 8. Ruhig, geordnet.

Daß ein geistiger Defekt vorliegt, zeigen die 27 falschen und 5 garnicht erfolgten Antworten. Das Zahlengedächtnis ist nicht gut erhalten, die Völkerschlacht bei Leipzig wird auf 1870/71 angegeben, der Reformationstag schwankt zwischen dem 31. September und 31. Oktober und Frühlingsanfang wird auf den 31. März verlegt. Von Neologismen findet sich nur ein Fall, II. 2 antwortet er: „Der Ernährteil der Pflanze ist die Wurzel". Die Unterschiedsfragen werden, wenn auch teilweise unzureichend, so doch annähernd richtig beantwortet. Auch ein Mißverständnis durch den mehrdeutigen Sinn eines Wortes findet sich in IX. 3: „Militärpaß." Die Definitionsfragen bereiten C. sichtlich Schwierigkeiten, was auch aus Gruppe X hervorgeht: 1. Daß man in seinem Berufe immer weiter fortschreitet. 2. Wenn man was begangen hat. 3. Daß man nicht allein ist. 4. Wenn man in seinen Rechten ist. 5. Wenn einer zufrieden ist. 6. Irrtum ist das, wenn ich mir nicht im Klaren bin, was ich sage. Lüge ist eine falsche Tatsache.

Es tritt bei C. schon deutlich das für die Dementia praecox Charakteristische zutage, daß sich neben richtigen Reaktionen ganz ausgefallene vorfinden, die einen gezwungenen Eindruck erwecken. So antwortet Patient auf XIII. 5, in einer ganz anderen Gedankenrichtung sich bewegend: „Wenn ich ihn noch kenne, rede ich ihn an," um sogleich, wenn auch nicht völlig richtig, fortzufahren: „Ich werde mich erkundigen, wo ich noch jemand anders kenne."

Fall 9. Franz Joseph Erich Sch., Dreher, 23 Jahre alt, ledig. Familienanamnese ohne Besonderheiten. Über die Schulzeit nichts bekannt. Sch. zeigte seit April 1919 verändertes Wesen, ein eigentümliches Lächeln, Wahnideen und Sinnestäuschungen. Im Sommer Selbstmordversuch. War vom 28. 10. bis 6. 12. 19 in der Nervenklinik, dann nach hier überwiesen. Körperlicher Befund zeigt nichts Besonderes. Sch. klagt über Beschwerden aller Art (Gefühlshalluzinationen). Diagnose: Dementia praecox. Verlauf: Ab 10. 3. 20 leichte Arbeit. 10. 4. Geordnetes Verhalten, geht frei herum. 28. 10. Derselbe Zustand.



Wir haben es mithin hier zu tun mit einem gebesserten Falle von
ıentia praecox, was sich auch in dem Resultate von 79 richtigen Ant-
ten zeigt. Auch bei Sch. finden sich neben gänzlich ausgefallenen
ktionen richtige; ein typisches Kennzeichen dieser Krankheitsform.
seien einige Beispiele solch schizophrener Antworten angeführt: II. 3:
t den Fühlern — Blättern." V. 6: „Monarchie besitzt ihren Kaiser,
ublik besitzt mehr volkstümliche Anschauungen." VII. 6: „Vogel
eine größere Körperform, Schmetterling ist leichter, er belebt mehr
Blumen." IX. 2: „Für die Strafen, für Beleidigungen, für falsches
hten." XI. 6: „Märchen sind mehr für Kinder, Roman mehr eine Er-
lung des menschlichen Lebens." XII. 3: „Indem man ein Stück des
ılraumes unterlegt oder ein Teil der Länge wegsägt." XIII. 3: „Ich
de mir mein Recht suchen und den Herrn fragen, weshalb er sie weg-
mt."

Auch in der Vergleichsfragengruppe X liefert Patient recht
ressante Antworten, die namentlich auch seine moralische Beschaffen-
; beleuchten: 1. Der Interesse wegen schon. 2. Um die Empfindung
bekommen, daß es eine Unehrlichkeit war. 3. Zur Fortpflanzung der
ıschen. 4. Keinem etwas anzutun, wenigstens nicht in dem Maße,
ß es ihm schadet. 5. Eine Ehrung. 6. Die Lüge begeht man absichtlich,
tum kann entstehen.

Die Unterschiedsfrage 6 ist Sch. auch nicht völlig einwandfrei zu
n gelungen, obwohl er nur in der angefangenen Satzform hätte fort-
ahren brauchen. Die beiden Definitionsfragen sind gänzlich mißraten:
gezwungene Ausdrucksweise von 2 ist wiederum sehr charakteristisch.
cht nur fehlt Sch. das höhere sittliche Moment, sondern auch die Er-
ınung des Unrichtig-Handelns.

Fall 10. Willy P., Klempnergehilfe, 20 Jahre alt, ledig. Familien-
amnese: Mutter ist etwas nervös, Großvater derselben war regelmäßig
nnabends betrunken. P. ist das vierte Kind. Lernte zuerst nicht so
t wie die anderen Schüler, aber normale Schulzeit absolviert. Er hat
ch ausgelernt. Patient ist Rekrut gewesen, war aber nicht im Felde.
rd als „sehr nervös und sehr strebsam" geschildert. P. erkrankte Februar
20 plötzlich, war harmlos erregt und unruhig, äußerte Größenideen.
der Nervenklinik (9. 2. 20) sehr erregt und gewalttätig, desgleichen
e erste Zeit in Dösen (ab 18. 2.): Kaum fixierbar, grimmassiert, zeigt
nische Stellungen und Bewegungen. Rededrang, Halluzinationen,
ll sich dauernd das Leben nehmen. Körperlicher Befund ohne Be-
nderheiten — nicht klar orientiert. Diagnose: Dementia praecox.
eiterer Verlauf: 20. 4. Ruhiger. 19. 5. P. beteiligt sich an der Arbeit.
. 9. Patient arbeitet regelmäßig. — Bei diesem dritten Falle von
mentia praecox handelt es sich wahrscheinlich um eine an sich leichtere
krankung als die vorigen, die infolgedessen auch in der Besserung etwas
iter vorgeschritten ist.

Das Untersuchungsergebnis mit 85 richtigen, 13 falschen und nur 3
cht gelieferten Antworten bestätigt dies. Die Gesamtzeit ist nur um
Minuten länger als die bei dem Psychopathen D. Auch bei diesem
tienten finden wir absonderliche Wortbildungen und ausgefallene
ntworten in gezwungener Form neben richtigen: III. 4: „Ein Stück



abgefallener Stern." III. 5: „Durch den Gewitterausgleich und Reg
woraus welche entstehen." IX. 1: „Eine sogenannte Organisation z
Erleichterung, wenn sie krank sind." IX. 4: „Damit es Bahn und P
benutzen können und damit der Präsident, Militär, Polizei bezahlt werde
XI. 2: „Ist eine Gesellschaft oder Verein, welche Lose ausschreiben. u
wo das von Nichtgewinnern anderen zugunsten kommt."

Betrachten wir noch zum Vergleich die Gruppe X: 1. Damit m
etwas kann und um Vorwärtszustreben. 2. Wenn sie gegen die Gese
gehandelt haben, wird man bestraft. 3. Damit die Fortpflanzung
Menschen geschieht und um ein besseres Leben zu führen. 4. Ist d
wenn einem so viel Gutes getan wird wie dem anderen, damit der k
Unrecht erleidet — wenn ein Armer genau so behandelt wird wie
Reicher. 5. Soviel wie Höflichkeit, Zuvorkommen. 6. Lüge ist ein Schwin
und Irrtum ist ein Versehen.

Die Störungen im Satzgefüge sind bei 2 und 3 deutlich vorhand
die beiden Definitionsfragen machen P. sichtlich Schwierigkeit, die let
wird ganz unzutreffend gelöst. Immerhin ist das Ergebnis gegenü
den beiden anderen Fällen von Dementia praecox ein besseres, wenn au
ein geistiger Defektzustand sichtlich hier vorhanden ist. Die praktisch
Fragen werden sämtlich, die Urteilsfragen bis auf eine richtig beantwort

Zusammenfassung und Tabelle. — Nachdem wir
qualitativen Leistungen der einzelnen Kranken im Anschluß an ein
kurzen Überblick über die Krankengeschichte besprochen hab
wollen wir noch rasch auf die quantitativen Resultate im Zusamme
hang eingehen, und zwar an der Hand nachstehender Tabelle.

Tabelle der männlichen Kranken, nach den Leistungen geordn

Fall Nr.	Name	Diagnose	richtig	falsch	Null	Richt. Antwort in Prozenten
1	D.	Psychopathie ...	94	6	1	93,07
10	P.	Dementia praecox	85	13	3	84,16
7	M.	Paralyse	84	14	3	83,17
9	Sch.	Dementia praecox	79	17	5	78,22
6	M.	Paralyse	70	23	8	69,31
8	C.	Dementia praecox	69	27	5	68,32
5	Z.	Paralyse	61	30	10	60,40
3	M.	Epilepsie	53	28	20	52,48
2	M.	Imbezillität	21	67	13	20,79
4	R.	Epilepsie	15	65	21	14,85

Daß die Fragen nicht zu schwierig waren, geht daraus herv
daß wir bis 93,07% richtige Antworten von einem ungebildeten Man
erhalten haben; andererseits sind immerhin Schwierigkeiten d
Beantwortung vorhanden, indem wir bei allen Individuen fehlerhaf
Produktionen finden. Das Minimum bot ein dementer Epileptik
mit 15 richtigen und 65 falschen Antworten. Auch die verhältni
mäßig geringe Zahl von Nullfällen, Maximum 21, weist darauf hi



aß die Methode sich für den klinischen Gebrauch eignet. Zur quanti-
ıtiven Bewertung selbst zu kommen, so bietet der Psychopath und
ıtellektuell wenig gestörte D. das beste Resultat, ihm folgt ein Hebe-
hrene P., bei dem eine Remission der Dementia praecox besteht
nd daher die Entlassung des Kranken in Aussicht genommen ist.
benso zeigt ein zweiter Fall von Dementia praecox Sch. ein relativ
utes Ergebnis. Auch bei diesem besteht ein Stillstand des Krank-
eitsprozesses. Eine gute Leistung hat auch der Paralytiker M. auf-
uweisen, der noch einen verhältnismäßig frischen Fall von Paralyse
orstellt, während die beiden älteren Fälle Z. und M. Nr. 6 wesentlich
nehr Fehler lieferten. Bemerkenswerterweise steht der expansive Z.
unter dem stumpfen M. Nr. 6 zurück. Der Epileptiker M., der merk-
ich schwachsinnig ist, dabei aber immerhin noch geordnetes Wesen
eigt, in der Anstalt gelegentlich Arbeiten verrichtet und frei herum-
geht, bringt es wieder auf 53 richtige Antworten, während der stark
verblödete R. nur 15 richtige Fälle aufweist. Ebenso steht der aus-
gesprochen imbezille Fall M. mit 21 richtigen Antworten weit in der
Reihe zurück.

Ergebnisse der weiblichen Kranken. — Da eine Be-
sprechung der einzelnen Fragen zu weit führen und auch nichts wesent-
lich Neues bringen würde, so gehen wir gleich über zur Betrachtung
der Resultate an der Hand einer Tabelle.

Tabelle der weiblichen Patienten, nach den Leistungen geordnet.

Fall Nr.	Name	Diagnose	richtig	falsch	Null	Richt. Antworten in Prozenten
6	Z.	Paralyse	85	15	1	84,16
5	H.	Paralyse	67	30	4	66,34
3	B.	Seelenstörung nach Gehirnschlag . .	66	30	5	65,35
2	F.	Angeborener Schwachsinn . .	59	38	4	58,42
4	R.	Paralyse	44	43	14	43,56
1	S.	Imbezillität	12	66	23	11,88

Auch bei den Frauen haben wir es mit einer ganz geringen Zahl
von Nullfällen zu tun, das Maximum ist 23 (bei den männlichen Ver-
suchspersonen 21), welches wiederum beweisen dürfte, daß die Fragen
nicht zu schwierig sind. Es ist keine Frage in dem Schema aufgenommen
worden, die von allen nicht beantwortet wurde. Die beste Leistung
bot die Paralytika Z., die einen noch verhältnismäßig frischen Krank-
heitsfall darstellt, mit 85 richtigen und 15 falschen Antworten; ihr
folgt mit 67 richtigen und 30 falschen die ebenfalls noch nicht zu lange

bestehende Paralyse H., während der ältere Fall R. mit 44 guten und 43 fehlerhaften Leistungen weit in der Reihe zurücksteht. B., die eine Seelenstörung infolge Gehirnschlag erlitten, bietet mit 66 richtigen und 30 falschen Beantwortungen ein relativ gutes Resultat, während das der schwachsinnigen F. mit 38 fehlerhaften und 4 Nullfällen schon wenig günstig zu nennen ist. Das Minimum von 12 guten Leistungen lieferte der hochgradig imbezille Fall S., der im Vergleich zu den männlichen Versuchspersonen noch unter den dementen Epileptiker R. zu stehen kommt. Eine Zusammenstellung der einzelnen Krankheitsgruppen, zusammen mit den männlichen Patienten, ergibt keine besonderen Resultate außer den allgemein bekannten Unterschieden.

Betrachten wir noch die Ergebnisse der Kranken im Verhältnis zu den der normalen Versuchspersonen, soweit der ungefähre Durchschnittswert von 86% einen Vergleich zuläßt, denn man müßte ihn an einem weit größeren Materiale erst bestätigt finden, so ergibt sich, daß nur der Psychopath D. ihn erreicht und überschreitet, während sämtliche anderen Kranken unterhalb desselben bleiben. Trotzdem soll dies nur für unsere Fälle Geltung haben und keine allgemein gültige Regel darstellen; der Hauptwert ist, wie schon mehrfach betont wurde, auf das Gesamtbild und die Summe aller Leistungen zu legen, und hierin hat sich das Schema an Kranken und Gesunden als brauchbar erwiesen, zur Feststellung von Defekten einerseits und Besitz und Wissen andererseits zu dienen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

15. Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater in München am 30. und 31. Juli 1921.

Die Sitzungen finden in der Psychiatrischen Klinik zu München statt.

Vorsitz: *Kundt*-Deggendorf, *Entres*-Eglfing. Schriftführer: *Mayr*-Eglfing, *Stertz*-München.

Anwesend die Herren: *Ast*-Werneck, *Becker*-Ellwangen, *Berg*-Kaufbeuren, *Blachian*-Haar, *Brandl*-Haar, *Cohen*-Würzburg, *Dees*-Gabersee, *Einsle*-Ansbach, *Eisen*-Regensburg, *Gebhard*-Landshut, *Glas*-München, *Heckel*-Mainkofen, *Herfeldt*-Ansbach, *v. Hößlin*-Eglfing, *Hohl*-Regensburg, *Hügel*-Klingenmünster, *Isserlin*-München, *Kahn*-München, *Kaspar*-München, *Kolb*-Erlangen, *Kraepelin*-München, *Lackerbauer*-Mainkofen, *Lange*-München, *Lemberg*-Eglfing, *Neubürger*-München, *Oppermann*-Erlangen, *Pickert*-München, *Plaut*-München, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Pütterich*-Homburg, *von Rad*-Nürnberg, *Ranke*-Obersendling, *Rehm*-Neufriedenheim, *Reichardt*-Würzburg, *Reis-Nürnberg*, *Reiß*-Mainkofen, *Renninger*-Klingenmünster, *Resch*-Bayreuth, *Roth*-München, *Rüdin*-München, *Schapfl*-Eglfing, *Schmidtmann*-Haar, *v. Schnorr*-Obersendling, *Schwarz*-Bayreuth, *Schröder*-Frankenthal, *Schob*-Dresden, *Sendtner*-Eglfing, *Spatz*-München, *Specht*-Erlangen, *Spielmayer*-München, *Thannheimer*-Werneck, *Utz*-Ansbach, *Vocke*-Eglfing, *Vogler*-Deggendorf, *Wacker*-München, *Weber*-Haar, *Weiler*-München, *Weinberger*-Gabersee.

1. Sitzung.

Der Vorsitzende *Kundt* eröffnet die Tagung und begrüßt die Erschienenen, insbesondere S. K. H. Dr. Prinz *Ludwig Ferdinand* von Bayern und als Vertreter der Regierung von Oberbayern Herrn Obermedizinalrat Dr. *Frickhinger*.

Dem Verein ist durch Tod entrissen worden Obermedizinalrat Dr. *Eccard*, Direktor der Kreiskranken- und Pflegeanstalt Frankenthal in der Pfalz. Die Versammlung erhebt sich zu Ehren des Verstorbenen.

Hierauf spricht der Vorsitzende dem bisherigen II. Schriftführer Professor Dr. *Stertz* zu seiner Berufung als Direktor der psychiatrischen Klinik in Marburg die Glückwünsche des Vereins aus.

Gemäß den Beschlüssen der letzten Versammlung sind während des Jahres die Landeskommission und die Kreiskommissionen gewählt worden, und zwar in folgender Zusammensetzung:



1. Landeskommission: *Vocke*, *Kraepelin*, *Rehm*, *Oppermann*, *Ent*
2. Kreiskommissionen: Oberbayern: *Vocke*, *Brandl*, *v. Höß*
v. Schleiß, *Mayr*; Niederbayern: *Kundt*, *Vogler*, *Reiß*; Pfalz: nach M
teilung *Hügel* zurzeit nicht durchführbar; Oberpfalz: *Eisen*, *Adam*, *Zu*
Oberfranken: *Bayer*, *Bott*, *Hock*, *Küfner*, *Schwarz*; Mittelfranken: *Herfe*
Utz, *Oppermann*; Unterfranken: *Ast*, *Stöckle*, *Röll*; Schwaben: *Prinz*
Edenhofer, *Berg*.

Es folgt hierauf das

Referat *Blachian-Ast*: Der derzeitige Stand der Kran in den Irrenanstalten. (Erscheint in der Zeitschrift für gesamte Neurologie und Psychiatrie.)

Blachian-Haar kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die 60-Stunden-Arbeitswoche stellt die untere Grenze für e den dienstlichen Anforderungen und den wahren Interessen des Person konforme Diensteinteilung dar. Sie ermöglicht zuerst mit dem für be Teile gleich abträglichen System der Halbtagsschichten und der vie dienstfreien Tage aufzuräumen.

2. Innerhalb der 60-Stundenwoche ist die Arbeitszeit nach Maßg der wesentlich verschiedenen Arbeitsleistung auf Wachstationen u Abteilungen ohne Wache abzustufen. Der periodische Abteilungswech allein kann nicht den erstrebenswerten vollen Ausgleich bringen, g abgesehen von den dienstlichen Nachteilen einer zu langen Arbeits gerade auf den Wachstationen.

3. Die schon bisher durchgeführten Sparbestrebungen sind m Nachdruck fortzusetzen. Sie dürfen nicht auf Kosten der Kranke ernährung und -behandlung gehen. Von außen kommende Versuche, d Fürsorgelasten abzumindern, sind veranlaßtenfalls in Bahnen zu leite die im Einklang und nicht im Widerspruch zu den Grundsätzen modern Irrenpflege stehen.

Ast-Werneck stellt folgende Leitsätze auf:

1. Die Einstellung des Pflegepersonals erfolgt durch die Direkti

2. Die zwei ersten Dienstjahre gelten als Probe-Vorbereitungsdien der durch Ableistung der gesetzlichen Prüfung abzuschließen ist.

3. Anstellung als Probe-Beamtenanwärter ist der nach Tarifvertr vorzuziehen, wenn dabei die Voraussetzungen Ziff. 1—2 gewahrt sin

4. Das Pflegepersonal ist gemäß § 13, Abs. IV des BRG. nicht a Arbeitnehmer im Sinne dieses Gesetzes zu betrachten und unterste vom Tage des Eintritts der Beamtendisziplin.

5. Die Pflege durch weibliches Ordenspersonal ist dem bisherig Pfleger-Pflegerinnensystem überlegen. Ihrer Einführung ist kein Wid stand mehr entgegenzusetzen.

6. Die Zusammenarbeit von Pfleger und Arzt ist zu vertiefen. F jeden jungen Irrenarzt soll die Ableistung einer praktischen Pflegerdien zeit obligatorisch sein.

Diskussion. — *Kolb*-Erlangen bedauert, daß den erhöhten Pflic ten, die sich aus der Verkürzung der Dienstzeit des Pflegepersonals für d Ärzte ergeben haben, gerade im Momente dieser erhöhten Inanspru nahme eine mindestens relative Minderung gewisser Rechte d

enanstaltsärzte gegenübersteht: er warnt vor einer zu weitgehenden ıreihung von Angestellten in Beamtengruppen, die wohl für die Pfleger, ht aber für alle Hausangestellte dauernd berechtigt ist. *Kolb* berichtet ır die Entwicklung des auswärtigen Dienstes, für den ein Arzt im sentlichen freigemacht, 1 Pflegemeisterin und 1 ältere Pflegerin im uptamt aufgestellt sind; 10 000 M. sind jährlich für Unterstützungen ı Beurlaubten und Entlassenen bewilligt; die Herren Amtsärzte arbeiten dankenswerter Weise mit dem Fürsorgearzt zusammen. *Kolb* schließt ; Dank an die Ärzte der Anstalt, besonders an den Fürsorgearzt Ober-t Dr. *Faltlhauser*.

Herfeldt-Ansbach: In Ansbach haben die Pfleger 36 Stunden Dienst Tage und 1 Nacht) und 36 Stunden abwechselnd frei (2 Nächte, 1 Tag) 3 Schichtwechseln. Die Schichten treten früh 6 Uhr an und scheiden ınds 1/2 7 Uhr aus. Nächtliche Präsenz zählt als halber Dienst. Im ızen 60 Stunden. Zum völligen Ausgleich wird noch jeder 6. Sonntag igegeben. Diese Regelung wurde vom Personal selbst vorgeschlagen d zunächst probeweise eingeführt. Empfehlenswert ist solche nicht, ı Leute arbeiten in ihrer Freizeit anderweitig oder ermüden sich mit rstreuungen und dergleichen, kommen nicht selten ermüdet zum Dienst, daß sie Erholung von der Erholung bedürfen. Häufige Erkrankungen im weiblichen Personal beeinträchtigen glatte Abwicklung des Dienstes d seiner Einteilung. — Gute Erfahrungen haben wir während des ieges mit Ordensschwestern gemacht, welche mit 100 weiblichen Kranken r Anstalt Rufach bei uns 2 Jahre sich befanden. Sie haben die tienten sehr gut versorgt und auch das ihnen unterstellte Personal rzüglich in Ordnung gehalten. Ich kann daher diese Art der Pflege r empfehlen.

Vocke-Eglfing: Die Diensteinteilung für das Pflegepersonal ist trotz icher Arbeitszeit nahezu in jeder Anstalt eine andere. Es erscheint r dringend erwünscht, daß die Herren aus den verschiedenen Kreisen ıyerns uns heute hier mitteilen, aus welchen Gründen die Dienst-ıteilung bei ihnen so und nicht anders geregelt ist. Es muß bei der stündigen Arbeitswoche doch ein Optimum der Diensteinteilung geben. r sehen aber nicht nur in jedem Kreise, sondern in jeder Anstalt eine ıdere Einteilung, und es ist anzunehmen, daß jeder Direktor seine Ein-ilung für die zweckmäßigste hält. — Man muß sich darüber klar sein, ıß die Verkürzung unserer früheren 90stündigen Arbeitswoche immer nen Schichtwechsel bedingt, sei es in Halbtagen oder in Tagen oder ıch nur für Stunden, denn bei Gewährung einer zweistündigen Mittags-ıuse in der unterbrochenen Arbeitszeit tritt auch ein Schichtwechsel n, da das ruhende Personal auf den meisten Abteilungen während dieser it ersetzt werden muß. Wir kommen also auch da um die Nachteile nes Personalwechsels nicht herum. — Die 52 1/2 stündige Arbeitswoche, ie sie in Eglfing und Haar eingeführt ist, hat viele Nachteile der früher stündigen Arbeitswoche beseitigt, allein die Halbtagsschichten an Tagen bringen ein zu großes Maß von Freizeit, das zum Teil mißbraucht ird, und die Gefahr, daß die Leute der Nachmittagsschicht schon müde ı den Dienst kommen. — Auch die verschiedenen Einteilungen bei der stündigen Arbeitswoche geben zu manchen Bedenken Anlaß, und die



Verschiedenheit zeigt, daß man sich über das Optimum der Dienstein-teilung bei dieser Arbeitszeit nicht klar ist, denn es kann schließlich nur eine beste Lösung geben, nicht aber viele, und diese muß gefunden werden. — Er bittet deshalb, daß aus den verschiedenen Anstalten mitgeteilt wird, wie der Dienst dort eingeteilt ist, und aus welchen Gründen gerade diese Einteilung erfolgte.

Hügel-Klingenmünster: Die dienstliche Einteilung ist nach den Wünschen des Pflegepersonals in der Pfalz an den 3 Anstalten ganz verschieden, je nach den lokalen Verhältnissen, damit die Leute ihre Landwirtschaft (Weinbauern) betreiben können. An 2 Anstalten ist der 4. Tag frei, wird aber an der einen Anstalt zusammen im Monat genommen.

Kundt-Deggendorf gibt im Sinne *Vocke*s Auskunft über die Verhältnisse und die Diensteinteilung in den niederbayerischen Anstalten.

Kolb-Erlangen: In Erlangen sind 2 Tage Dienst, 1 Tag frei, d. h. in der Woche $2^1/_3$ Tage dienstfrei. $1^1/_2$ dienstfreie Tage hat jeder Beamte. Die Differenz $2^1/_3$—$1^1/_2$ ist nicht allzu groß. Die freien ganzen Tage (Tagschicht) bergen die Gefahr in sich, daß die Pfleger übermüdet von Arbeit in den Dienst kommen. Die Halbtagschicht birgt die Gefahr in sich, daß besonders die Pflegerin mittags ihre Nachmittagschicht übermüdet durch Vergnügungen, der ledige Pfleger eventuell nach Alkoholgenuß antritt. Die Gefahren der Arbeit sind wohl geringer als die Gefahren der Vergnügungen. Die Nebenbeschäftigung läßt sich leicht durch Dienstaufsicht einschränken. Die Teilnahme an Vergnügungen nur sehr schwer. Dadurch, daß 2 Tage ganze Tagschichten geleistet werden, ist erreicht, daß sich in jeder Abteilung mindestens ein Pfleger befindet, der schon am Vortag Dienst gemacht hat, also über besondere Ereignisse des Vortages unterrichtet ist. In der Mittagspause gehen die verheirateten Pfleger in 3 Schichten zum Essen in die Familie; das ist bei der Lage der Anstalt mitten in der Stadt leicht durchführbar.

Prinzing-Kaufbeuren berichtet über die Vorschläge, die von den schwäbischen Anstalten zur Einsparung von Pflegepersonal gemacht worden sind. Die Vorschläge bezwecken 1. Beschränkung der freien Tage von 3 auf 2 wöchentlich; 2. Änderung der Diensteinteilung in der Weise, daß an 5 Tagen je 12 Stunden gearbeitet wird mit Einschiebung einer 2stündigen Mittagspause, welche gruppenweise zu verschiedenen Zeiten eingebracht werden soll. — Die Betriebsräte an den Anstalten verhalten sich ablehnend gegen jede Änderung des bestehenden Zustandes.

Eisen-Regensburg: Einführung der 2-Tageschicht war geschehen, weil rechnerisch und technisch am einfachsten durchführbar. Ist jetzt verlassen worden. Ab 1. Aug.: 2tägiger Dienst mit Pausen, 3. Tag frei. Nächte frei. 60-Stundenwoche. Nachtwachen für alle Abteilungen. Mitteilung der am 1. Aug. beabsichtigten Einführung einer eigenen Pflegerküche.

Kräpelin-München stellt 2 Grundsätze auf: 1. Die Diensteinteilung ist nach den Bedürfnissen der Kranken einzurichten. 2. Das Personal darf außerhalb des Dienstes keinen andern Erwerb betreiben.

Kolb-Erlangen fügt zu den 2 Grundsätzen *Kraepelin*s folgenden dritten hinzu: Verminderung des Personals nur möglich durch Verlängerung der Dienstzeit.



Kraepelin-München stellt das Ansuchen, die Kreiskommission zu beauftragen, diese 3 Punkte der Regierung und dem Kreistage mitzuteilen. g. e. d.

Blachian-Haar wünscht eine Unterscheidung zwischen Wache und Nichtwacheabteilung.

Vocke-Eglfing lehnt die Differenzierung ab, da er auch alte Pfleger unterbringen muß.

Kraepelin-München erklärt eine schematische Durchführung der Diensteinteilung auf das ganze Personal für undurchführbar. Er will das wiedergewinnen, was man früher hatte, nämlich, daß der Arzt wieder den Dienst einteilt.

v. Hößlin-Eglfing dankt *Kraepelin*, daß er als erster betonte, daß es Sache des Arztes ist, den Dienst einzuteilen, nicht einer Behörde vom grünen Tisch aus.

Kraepelin-München erklärt, daß dem Personal rund zu sagen ist, wenn es nicht das tun will, was wir im Interesse einer richtigen Krankenbehandlung wünschen, so wird geistliches Personal eingestellt.

Es erfolgt hierauf eine lebhafte Debatte über die Realisierbarkeit dieser Drohung, an der sich die Herren *Kolb*, *Specht*, *Kraepelin*, *Ranke*, *v. Rad*, *Mayr*, *Schwarz*, *Dees*, *Weinberger*, *Kundt* und *Herfeldt* beteiligen.

Die Diskussion wird hierauf unterbrochen.

2. Sitzung.

Kraepelin-München: Demonstration kinematographischer Krankenaufnahmen.

Vortragender berichtet zuerst kurz über den derzeitigen Stand der Forschungsanstalt. Trotz der zeitgemäßen Schwierigkeiten soll im kommenden Frühjahre mit dem Neubau begonnen werden. Im Lauf der kommenden Monate wird eine neue, von der Forschungsanstalt geleitete Abteilung für 20—30 Kranke im Krankenhause Schwabing errichtet, welche durch die Überfüllung der Klinik notwendig wurde. Den Schluß bildet der Appell an die Mitarbeit der Kollegen. — An einem reichhaltigen Material der verschiedenartigsten Krankheiten zeigt Vortragender sodann den großen Wert des Kinematographen, momentane Zustandsbilder hierdurch dauernd festhalten zu können.

Wuth-München: Über Epilepsie.

Vortragender bespricht nach einleitender Erwähnung der bisherigen Theorien über das Wesen der genuinen Epilepsie die Resultate seiner eigenen, bei Krampfanfällen angestellten Untersuchungen. Als Hauptergebnisse können bezeichnet werden, daß bei der Epilepsie im Anfall eine Erhöhung des Harnsäurespiegels und des Kreatininspiegels sowie im geringen Maße des Reststickstoffes im Blut stattfindet. Die weißen Blutkörperchen sind im Anfall vermehrt, die Vermehrung ist hauptsächlich auf Rechnung der polynukleären Zellen zu setzen, während die Lymphozyten und die eosinophilen Zellen eine Tendenz zu niederen Werten zeigen. Eine Ausscheidungsstörung konnte nicht festgestellt werden, wofür auch das normale Verhältnis der gebundenen zu freien Purinen im Gegensatz zur Paralyse und Eklampsie spricht. Redner kommt anf Grund dieser



Ergebnisse zu der Anschauung, daß eine Stoffwechselstörung oder eine solche von seiten des endokrinen Systems heute noch nicht als erwiesen angesehen werden kann, wenn auch eine solche durchaus nicht als ausgeschlossen bezeichnet werden soll. Unterschiede zwischen Krampfanfällen verschiedener Genese haben sich bisher nicht feststellen lassen. Immerhin sind noch viele Fragen zu klären, so die Herkunft der Harnsäure, der genaue zeitliche Eintritt der Verschiebungen des Blutbildes. Vortragender illustriert obige Veränderungen an Kurven; als für die Fragestellung von Wichtigkeit sei nur noch ein Fall von tödlich endendem Status epilepticus erwähnt, bei dem die Kurven einen den Kurven beim normal abklingenden Krampfmechanismus entgegengesetzten Verlauf zeigten, sowie ein Fall von Epilepsie mit Bewußtseinstrübung, der ebenfalls mit Verschiebungen im Blut einherging, wie sie bei Krampfanfällen beobachtet werden. Programmatisch, meint Vortragender, würden zuerst die Stigmata des Krampfmechanismus genauer zu prüfen sein. Für das Wesen der genuinen Epilepsie seien ferner von Wichtigkeit die Erhöhung der Zuckertoleranz. Konstitutionellen Faktoren scheint ein weitgehender Einfluß zuzukommen. (Erscheint andernorts ausführlich.)

Diskussion. — *Kraepelin*-München weist auf die Beeinflussung der epileptischen Anfälle durch die Diät hin, die doch für Stoffwechselstörungen sprechen dürfte. Auch hat *Rohde* schon vor dem Einsetzen des Krampfanfalles Harnsäureretention beobachtet. Es wäre endlich erwünscht, auch über die Veränderungen Klarheit zu gewinnen, die sich an hysterische Anfälle anschließen.

Stertz-München fragt, ob auch andere epileptische Äquivalente untersucht sind. Der eine Fall des Herrn Vortragenden, in dem auch zur Zeit einer Bewußtseinstrübung ohne motorische Reizerscheiungen die gleichen Veränderungen beobachtet wurden, wie bei den Anfällen verschiedener Genese, scheint doch zu beweisen, daß die Blutveränderungen nicht nur mit Krampfmechanismus zusammenhängen können.

Kahn-München weist auf die Möglichkeit hin, daß vielleicht derselbe, der Bewußtseinsstörung zugrunde liegende biologische Vorgang beim Anfall wie beim Äquivalent die vom Vortragenden gelegentlich gefundenen Veränderungen bedingen können.

Wuth-München (Schlußwort): Die bisherigen Beobachtungen gestatten noch nicht, irgendwelche Schlußfolgerungen zu ziehen.

Hierauf wird die Diskussion zum Referat *Blachian-Ast* fortgesetzt. Frage der Zusammenlegung der Anstalten:

Herfeldt-Ansbach: Bei einer eventuellen Zusammenlegung der beiden mittelfränkischen Anstalten, von welchen Ansbach zurzeit 1100 Bettplätze zählt, wären dort selbst außer den vorhandenen 760 Kranken noch ca. 550 Pfleglinge aus Erlangen unterzubringen, dazu fehlt Ansbach noch ein sogenanntes festes Haus, dessen Kosten (40 Plätze) zurzeit mit 1800000 M. zu veranschlagen sind. Es müßten also, um überhaupt eine Zusammenlegung möglich zu machen, auch alle nicht absolut irrenanstaltsbedürftigen Pfleglinge, ca. 2—300, in Idioten-, Blöden- und Siechenanstalten, Altersheime usw. abgeschoben werden oder in auswärtige Anstaltsfürsorge übernommen werden. Voraussetzung ist dabei, daß diese auch in der Lage sind, zu übernehmen und nicht selbst in der nächsten



eit aufgelassen werden müssen. Die Jahresaufnahmen betrugen in rlangen 500, in Ansbach 200. Der Bestand hat zugenommen um 78 und ird zunehmen durch die Folgen der Lues, des einsetzenden stärkeren lkoholkonsums und das Anwachsen der Ziffern für männliche Präcozen, elch letztere durch den Krieg einen vorübergehenden Rückgang erfahren aben. Bei diesen Aussichten mußte der Kreis vorsichtig sein und es als ine günstige Konstellation begrüßen, daß er auf eine längere Reihe von ahren hinaus keine Erweiterungsmaßnahmen in beiden Anstalten treffen uß, um seinen Verpflichtungen hinsichtlich Aufnahme und Unterringung der mittelfränkischen Geisteskranken nachkommen zu können. icher bedeutet die Zusammenlegung der Anstalten keine nennenswerte insparung. Eine solche ergibt sich nur hinsichtlich der Heiz- und Lichtnlage mit 350 000 M. Außerdem entfällt noch 1 Direktor und 1 Vervalter. Der ganze übrige Beamtenapparat bleibt. Dazu kommt noch ler Aufwand für Übersiedlung des letzteren, die Entschädigung für gerennte Haushaltführung der zu versetzenden Verheirateten. Außerdem würde die Übernahme der zahlreichen Krankenwachabteilungen noch so manche, jetzt recht teure bauliche Maßnahmen erheischen. — Der Vorteil wäre auf der einen Seite nicht sehr groß und auch nur auf einige Jahre ausnutzbar, da ja dann doch wieder die Rückverlegung bei zunehmendem Platzmangel kommen muß. Für die Kranken brächte aber die Zusammenlegung nur den Nachteil des Massenbetriebes, vor dem psychiatrisch immer wieder gewarnt wird. Man kann daher eine Zusammenlegung der beiden Anstalten nicht empfehlen. Angezeigt aber erscheint es, seinerzeit die Frage einer solchen in Erwägung zu ziehen, da die Kreise sich hinsichtlich Aufbringung der Betriebskosten in einer Notlage befinden.

Eisen-Regensburg berichtet über die Zusammenlegung von Wöllershof und Regensburg. Wöllershof ist nicht aufgegeben, sondern auf einige Jahre zweckentsprechend anderweitig verpachtet. Regensburg ist nicht überfüllt. Das Tempo der Verbesserungen der Anstalt Regensburg konnte durch das Vorhaben der Zusammenlegung beschleunigt werden. Die jährliche Einsparung beträgt rund 500 000 M., die zum großen Teil auf Heizmaterial entfallen, zum andern Teil in Verhältnissen des Kreises zu suchen sind.

Specht-Erlangen berichtet näher über den Gang der nun ausgeführten Zusammenlegung der oberpfälzischen Anstalten Wöllershof und Regensburg, wobei er s. Z. als Sachverständiger zugezogen war. Diese Zusammenlegung ist nur als vorübergehende Maßnahme geplant; die jetzt andern Zwecken zugeführte Anstalt Wöllershof wird in ein paar Jahren wieder als Heil- und Pflegeanstalt in Betrieb genommen werden.

Kundt-Deggendorf bezweifelt, ob durch die Zusammenlegung von zwei ziemlich stark belegten Anstalten überhaupt eine wesentliche Verbilligung erzielt wird an der Hand eines Vergleichs der Betriebskosten der mittelfränkischen und niederbayerischen Anstalten.

Kolb-Erlangen: Zusammenlegung von Anstalten gestattet an sich wesentliche Einsparungen nicht, sie würde wesentliche Einsparungen nur dann gestatten, wenn sie mit einer Verringerung der Zahl der anstaltverpflegten Kranken verbunden werden könnte. Eine solche Verringerung wäre gerade jetzt bedenklich, da gerade die jetzigen Verhältnisse



eine Überschwemmung der Öffentlichkeit mit leicht Geisteskranken un mit Psychopathen besonders gefährlich erscheinen lassen würden.

Kraepelin-München erklärt die fortgesetzte Erhöhung der Ver pflegungssätze durch die Regierungen als eine unsoziale Maßnahme.

Kolb-Erlangen schlug dem Kreistag von Mittelfranken vor, je höhe die Pflegekosten, desto höher die Zahl der Freiplätze. Der Kreisrat ha in diesem Sinne beschlossen. Weist auf die in Nürnberg und Fürth be stehenden Versicherungsvereine für Geisteskranke hin, die eine sehr woh tätige Wirkung ausüben.

Vocke-Eglfing: Der Kreis Oberbayern hat seit 1. Mai die höchste Verpflegungssätze in seinen Anstalten, ich möchte ihn jedoch gegen de Vorwurf einer unsozialen Handlungsweise in Schutz nehmen. Der Krank kostet uns in Eglfing durchschnittlich in den 3 Verpflegungsklasse 27,20 M., und die Finanzlage des Kreises machte eine erhebliche Er höhung der Verpflegsätze (bisher nur 5 M. in der III. Klasse) unabweisba Der Kreis sagte nun: Die Durchschnittsausgabe in den 3 Anstalten beträg 26 M. pro Verpflegstag, früher gewährten wir einen Zuschuß in der Höh der Hälfte der Ausgaben, wir gewähren also auch künftig nur 13 M. un verlangen einen Satz von 13 M. in der III. Klasse. — Der Kreis hat abe aus den Mehreinnahmen infolge dieser erhöhten Sätze 2 Millionen M. fü Verpfleggeldnachlässe zur Verfügung gestellt, und es kann aus diese Mitteln im Falle der nachgewiesenen Bedürftigkeit ein Nachlaß von 1—1 Dreizehnteln gewährt werden. Durch diese Maßregel soll abgewende werden, daß die betreffenden Kranken den Armenverbänden zur Las fallen. — Auch wenn der Landarmenverband aufkommen muß, hat de Kreis durch diesen nur 4 Fünftel des Satzes zu leisten, da 1 Fünftel vo den Ortsarmenverbänden zurückersetzt werden muß. Bei der Einführun der neuen Sätze hat sich übrigens auch ergeben, daß manche Familie für ihre Kranken doch erheblich mehr leisten können, als sie bisher ge leistet haben, und daß die ausgeworfene Summe von 2 Millionen M. z Nachlässen gar nicht im vollen Betrage erforderlich sein wird.

Kraepelin-München erklärt Ersparnisse nur durch gesteigerte Ar beitsleistung erzielen zu können.

Ast (Schlußwort) nimmt an, daß die Leitsätze, die in bezug au die Anstaltsverhältnisse des Personals von ihm formuliert worden sind die Zustimmung der Versammlung gefunden haben, und verzichtet au weitere Schlußbemerkungen.

Blachian (Schlußwort): In der Aussprache wurde die Verschieden heit der Dienseinteilungen hauptsächlich mit lokalen Verhältnissen be gründet und auf die unüberwindlichen Schwierigkeiten, ein Optimum an Diensteinteilung zu finden, hingewiesen. Was wir beabsichtigen, war eine bessere Diensteinteilung vorzuschlagen, als die meisten der heute bekanntgegebenen für sich in Anspruch nehmen können. Als Haupt vorzug kommt ihr zu, daß die berechtigten, nicht aber die unberechtigten Ansprüche des Personals Berücksichtigung gefunden haben. — Hinsichtlich der Differenzierung der Arbeitszeit auf Abteilungen mit und ohne Wache hat sich die große Mehrheit der Anwesenden für eine solche erklärt.

Ebenfalls im Sinne unserer Ausführungen wurde gegen die Versuche,



urch Zusammenlegung von Anstalten die Lasten der Irrenfürsorge abzu-
ındern, Stellung genommen.

3. Sitzung.

Vorsitzender verliest ein Begrüßungs- und Entschuldigungsschreiben on *Harlander*-Günzburg.

Mayr-Eglfing erstattet hierauf den Kassen- und Rechnungs-ericht. Einnahmen: 953 M.; Ausgaben: 228,76 M; Abgleichung: 3arbestand von 724,24 M.; Vermögensbestand in Pfandbriefen: 1000 M. Nennwert); Gesamtvermögen: 1724,24 M.

Die Rechnung wird von *Utz*-Ansbach geprüft und richtig befunden, voraufdem Rechnungsführer unter Dank für seine Mühewaltung Ent-astung erteilt wird.

Auf Antrag des Rechnungsführers wird der Beitrag für das nächste 3eschäftsjahr wieder auf 10 M. festgesetzt.

Satzungsänderung: Entsprechend den Beschlüssen der Jahres-versammlung 1920 wurde von der Vorstandschaft ein Entwurf vorgelegt, der mit einem Zusatzantrag *Rehm*-Neufriedenheim, betreffend außer-ordentliche Mitglieder, von der Versammlung einstimmig genehmigt wurde.

Es sollen folgende Fassung erhalten

§ 3: Außerordentliches Mitglied des Vereins kann jeder approbierte Arzt werden, ordentliches, wer eine psychiatrische Fachausbildung von mindestens 2 Jahren (nach abgelegtem Medizinalpraktikantenjahr) nach-weisen kann. Die Anmeldung hat beim Vorstande oder Schriftführer durch ein Vereinsmitglied zu geschehen, das für die Erfüllung der Vor-bedingungen bürgt.

Als Ablehnungs- bzw. Ausschließungsgründe gelten lediglich die durch allerhöchste Verordnung für die ärztlichen Bezirksvereine nor-mierten.

Ärzte, welche sich um den Verein besonders verdient gemacht haben, können durch Beschluß der Jahresversammlung zu Ehrenmit-gliedern ernannt werden.

§ 5. Die Mitgliedschaft erlischt durch schriftlich erklärten Austritt, ferner bei Verweigerung der Beitragsleistung oder durch Ausschließung gemäß § 3 Abs. 2.

§ 6. Zur Besorgung der Geschäfte wird von der Jahresversamm-lung ein Vorsitzender, ein Schriftführer und für jeden ein Stellvertreter auf 3 Jahre durch Stimmzettel gewählt. Alljährlich scheiden 1—2 Vor-standsmitglieder, und zwar die am längsten im Amte befindlichen, aus und werden durch Neuwahl ersetzt. Die beiden ersten ausscheidenden Mitglieder werden durch das Los bestimmt. In unmittelbarer Folge ist nur einmalige Wiederwahl zulässig, weitere Wiederwahl erst nach Umfluß von 3 Jahren. Absatz 2 und 3 bleiben ebenso wie die übrigen Paragraphen unverändert.

Hierauf schlägt Vorsitzender Herrn Obermedizinalrat *Feldkirchner*, ehem. Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg, in Anerkennung seiner großen Verdienste um den Verein zum Ehrenmitglied vor, was ein-stimmig genehmigt wird.

Vorstandswahl: *Stertz*-München scheidet durch Wegzug nach Mar-



burg, *Mayr*-Eglfing durch das Los aus. Alsdann wird *Wuth*-Münchei zum stellvertretenden Schriftführer neugewählt, *Mayr*-Eglfing zu Schriftführer wiedergewählt.

Vocke-Eglfing berichtet über die günstige Aufnahme der Landes kommission beim Ministerium des Innern anläßlich ihrer Vorstellung Es wurde ihr hierbei das Versprechen gegeben, in Zukunft bei wichtige Fragen, vor allem bei Besetzung von Direktoren- und leitenden Oberarzt stellen, zuerst gehört zu werden. Vorsitzender dankt für den Bericht und wünscht fernerhin ersprießliches Wirken der Kommission.

Als Ort der nächsten Versammlung bringt *von Rad*-Nürnberg Nürnberg in Vorschlag.

Eisen-Regensburg: Karthaus-Prüll begeht 1922 die Feier seine 70jährigen Bestehens als Heil- und Pflegeanstalt. Es läge Einladendem am Herzen, daß sich die Herren Kollegen davon überzeugen wollten, da Karthaus-Prüll sich in ein modernes Gewand gehüllt hat. Auch wäre e vielleicht interessant, sich über die Wirkungen der Zusammenlegung zweier Anstalten an Ort und Stelle zu unterrichten. Einladender erinnert noch an die Kunst- und Naturschätze Regensburgs und die vielseitige Möglichkeit eingehendster Erholung nach anstrengender Tagung. Al Ort der nächsten Tagung wird hierauf mit Stimmenmehrheit die Heil und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll gewählt.

Stertz: Eigenartiger Krankheitsfall des späteren Alters.

Frau Anna Br., 66 J. Früher tüchtig, fleißig, peinlich gewissenhaft, sparsam. Seit vielen Jahren gelegentlich Anfälle von Zusammensinken ohne Bewußtseinsverlust. Seit ca. 10 Jahren psychisch verändert, seit mehreren Jahren „verwirrtes" Sprechen, zunehmende geistige Schwäche.

Befund: Vergrößertes Herz, etwas erhöhter Blutdruck, keine neurologischen Symptome.

1. Sprache: Wortverständnis sehr schwer gestört, Spontansprache meist in Form des Redeschwalles, nicht paraphasisch. Der vorhandene Wortschatz ist an eine Anzahl grammatisch richtig gebildeter Sätze und Redewendungen stereotyper Art gebunden. (Es scheint übrigens, als ob auch das Denken der Pat. sich in diesen Reihen fast erschöpft.) Bei der Prüfung vollständige amnestische Aphasie.

Nachsprechen überwiegend paraphasisch. Lesen fast Null, einzelne Zahlen, paraphasische Worte. Schreiben paragraphisch, auch Buchstabenentstellungen. Abschreiben wenig besser. Haftreaktionen. Die eigenartige sensorische Aphasie hat sich allmählich entwickelt und ist im letzten Jahre nicht erkennbar vorgeschritten.

2. Es bestehen agnostische Ausfälle, keine Apraxie.

3. Anfälle: 1. Leichtere: kurzdauernde Erschlaffungszustände im Gesicht, Heraushängen der Zunge, Lallen und Aufhören des Sprechens, kein Bewußtseinsverlust; 2. schwere: allgemeine Erschlaffungszustände mit Zusammensinken und ohnmachtartiger Bewußtseinstrübung bis zu 3 Minuten Dauer.

Es handelt sich sicher um die eingangs erwähnten Anfälle, die jetzt gehäufter auftreten, die leichteren täglich häufig.



4. **Psychisches Verhalten.** Schwere, eigenartige Demenz, vor-egend apathisch, von geringem Interesse und stark verminderter Auf-ssungsfähigkeit für die Vorgänge der Umgebung. Aus dem Redeschwall id gelegentlichen Reaktionen und Fragen läßt sich das Vorhandensein nes immerhin nicht ganz unerheblichen Gedächtnisschatzes ent-hmen. Die Art des Sicheinlebens auf der Abteilung, die Entstehung on Sympathien und Antipathien setzt auch eine gewisse Merkfähig-eit voraus.

Im ganzen besteht eine enorme Einengung aller psychischen Funk-onen, in der Hauptsache läuft das Dasein in Form erstarrter Reihen ab, ne erkennbares Krankheitsgefühl. Eigenartige Stereotypien haben sich usgebildet: Manieren bei freundlicher Annäherung und Abwehr, Wisch-ewegungen bei Verlegenheit, Redeparoxysmen von völlig stereotypem nhalt an den lieben Gott gerichtet, bis zu 15 Minuten Dauer, stets von em gleichen Fenster aus usw. Gut erhaltene attentionelle und affektive nregbarkeit, ihrem sehr engen Gedankenkreis entsprechende Initiative it der beschränkten Fähigkeit zu zweckentsprechendem Handeln (bei ler Besorgung ihrer Person, kleine Hilfeleistungen auf der Abteilung). Keine psychotischen Symptome. So gewährt die Kranke ein höchst igentümliches Bild, an dem sich während einjähriger Beobachtung bei eichten Schwankungen in den Einzelleistungen, abgesehen von einer Zunahme der Unbeholfenheit, nichts geändert hat.

Die Einordnung derartiger Krankheitsbilder ist nach dem gegen-wärtigen Stand unserer Kenntnisse über die seltenen Formen der Arterio-sklerose, z. B. der kleinen Rindengefäße (perivaskuläre Gliose) und der langen Markgefäße (Encephalitis subcorticalis) sowie gewisser Varianten der präsenilen Verblödungsprozesse, intra vitam noch recht schwer. Gegen Arteriosklerose scheint besonders das Fehlen von Ermüdbarkeit und Haftenbleiben (wenn man von der sensorischen Aphasie absieht), das Beschränktbleiben der Herdsymptome auf die sensorische Aphasie trotz der langen Dauer der Krankheit, das Fehlen apoplektischer Attacken zu sprechen. Aber auch mit dem gewöhnlichen Bilde der präsenilen Demenz (*Alzheimer*) hat die Krankheit nur manche Züge: das unver-änderte Erhaltensein der affektiven und attentionellen Anregbarkeit, die langsame Progredienz, die Neigung zur Ausbildung von Stereotypien gemeinsam, während wichtige andere Symptome dieser Krankheit fehlen. Vortragender hat indessen einen in vieler Beziehung ähnlichen Fall eben-falls mit einer schweren aphasischen Störung beobachtet, bei dem die Fehldiagnose „Arteriosklerose" intra vitam gestellt war, während histo-logisch von *Alzheimer* selbst der charakteristische Befund der präsenilen Demenz erhoben wurde. Es scheint demnach Fälle dieser Art zu geben, die in ähnlichem Verhältnis wie die *Lissauer*sche Paralyse zur Paralyse ebenfalls lokal stärkere Veränderungen setzen, die zu groben Herdsymp-tomen führen, während die Allgemeinsymptome an Schwere etwas zurück-treten. Ob diese Deutung hier zutrifft, kann nur die Obduktion sicher-stellen. Bemerkenswert ist noch die Komplikation mit den epileptiformen Anfällen (Hemmungsentladungen *Binswangers*), die schon viele Jahre dem Leiden vorausgegangen sind und im Verein mit den „epileptischen Charakterzügen" eine genuine Epilepsie vermuten lassen.



Diskussion. — *Specht*-Erlangen schließt sich der Auffassung des Vortr. an, daß es sich bei dem vorgestellten Fall um eine Variante der *Alzheimer*schen Krankheit handeln dürfte.

Utz-Ansbach fragt, ob die Bewegungen der Kranken wirklich echte Stereotypien sind und nicht etwa choreatische.

Lange-München glaubt, daß doch die unterscheidenden Erscheinungen gegenüber der *Alzheimer*schen Krankheit hervorgehoben werden müssen. Die schon sehr lange Dauer von mehreren Jahren, ohne eine wenigstens im letzten Jahre erkennbare Progredienz, die recht erheblichen selbständigen geistigen Äußerungen, die sie vor allem in der letzten Zeit häufig gezeigt hat. Auch scheint ihm die mangelnde Ermüdbarkeit zur Stütze der *Alzheimer*schen Krankheit nicht recht geeignet.

Stertz-München (Schlußwort): Die stereotypen Bewegungen der Pat. haben nichts mit Chorea gemeinsam, ihr psychischer Ursprung ist zumeist noch jetzt erkennbar, ihre Genese unterscheidet sie trotz äußerer Ähnlichkeit auch von den katatonischen Stereotypien. — Herrn *Lange* gegenüber hält der Vortragende daran fest, daß ihm doch geringe Ermüdbarkeit und das Fehlen allgemeiner Haftreaktionen bei der präsenilen Demenz ein brauchbares Unterscheidungsmerkmal gegenüber der Hirnarteriosklerose zu sein scheint, der zeitweise ungemein langsame Verlauf spricht nicht gegen, eher für die präsenile Demenz. Selbständige Leistungen sind bei der Pat. jedenfalls nur in dem erwähnten allerengsten Umfang möglich.

Spatz-München: Zur Anatomie der Zentren des Streifenhügels.

Innerhalb des Gebietes, welches die deskriptive Anatomie als Streifenhügel bezeichnet, sind zwei Zentren scharf zu scheiden, welche *C.* und *O. Vogt* als „Striatum" (= Nucleus caudatus + Putamen) und als „Pallidum" (= Globus pallidus) einander gegenüberstellen. Das erstere ist eine der Großhirnrinde nahe verwandte graue Masse, während letzteres niederen Hirnzentren entspricht. Vortragender zeigt, daß diese Einteilung den Ergebnissen verschiedenster Zweige morphologischer Forschung gerecht wird. Die Phylogenese lehrt (*Ariens Kappers*), daß das Striatum stammesgeschichtlich jung ist, während das Pallidum einen ganz alten Gehirnteil darstellt. Bezüglich der Ontogenese gehört jenes zum Telencephalon, dieses höchstwahrscheinlich zum Diencephalon. Die feinere Histologie zeigt in beiden Teilen grundverschiedenen Bau, besonders, was die nervösen Elemente anlangt (*M. Bielschowsky*). Wie Vortr. zeigt, kommt hinzu u. a. auch ein gegensätzliches Verhalten des Kapillarnetzes. Auf einen besonderen Stoffwechsel, der gerade das Pallidum auszeichnet, läßt das dort sehr häufige Vorkommen von zur Kalkimprägnation neigenden Konkrementen sowie von Neutralfett schließen, sowie der konstant relativ sehr hohe Gehalt an mikrochemisch nachweisbarem Eisen. Für die Verwandtschaft des Striatums mit der Rinde sprechen auch Gründe aus der Histopathologie: bei der progressiven Paralyse zeigt sich jenes ebenso stark betroffen als durchschnittlich diese, das Pallidum hingegen sowie die niederen Hirnzentren nur sehr viel weniger. — Die *Vogt*sche Einteilung des Streifenhügels in die



zwei genannten Zentren darf als feste Grundlage für physiologische und klinische Untersuchungen gelten.

Diskussion. — *Spielmeyer*-München: Die Wichtigkeit der Untersuchungen von *Spatz* sehe ich darin, daß er außer den bekannten morphologischen Eigentümlichkeiten der striären Gebiete auch die stammes- und entwicklungsgeschichtlichen und histochemischen Besonderheiten betont und erforscht hat, so daß die Abstammung dieser Kernmasse von dem Pallidum gesichert ist. Außerdem macht uns die Zusammengehörigkeit bestimmter Hirnteile in ihrer chemischen Konstitution ihre häufige gemeinschaftliche Erkrankung verständlich.

Auf Vorschlag aus der Mitte der Versammlung wird infolge der vorgeschrittenen Zeit auf die Diskussion zu den folgenden Vorträgen verzichtet.

Entres-Eglfing: Über Huntingtonsche Chorea (erscheint in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie).

Kahn-München: Bemerkungen zur Frage des Schizoids.

Nach einer kurzen, einleitenden Übersicht über die Ergebnisse der Untersuchungen von *Berze*, *Medow*, *Kretschmer* und *Hoffmann* über die abartigen, nicht psychotischen Persönlichkeiten in Schizophrenie-Sippen werden derartige Typen an der Hand von 9 Familientafeln demonstriert. Es wird die Hypothese aufgestellt, daß in der Schizophrenie zwei Erbanlagen stecken: die Anlage zu Schizoid und die Anlage zu schizophrener Prozeßpsychose. Während die Anlage zu Schizoid für sich zur Manifestation von schizoiden Psychopathen führen kann, bildet sie in der schizophrenen Prozeßerkrankung das symptomatologische Hauptarsenal; zu den schizoiden Symptomen kommen dann in der Prozeßerkrankung noch Defekt- oder Abbausymptome, die als besondere Auswirkung des der Prozeßerkrankung zugrunde liegenden biologischen Vorganges, der Grundstörung anzusehen sind. Das Schizoid als „Symptomspender" wirkt nicht allein in der Schizophrenie, sondern auch in reaktiven Zuständen, in andersartigen Psychosen von erbkonstitutioneller Bedingtheit (Mischanlagen, z. B. beim manisch-depressiven Irresein) und in Irreseinsformen mit, deren ätiologischer Hauptfaktor dem Milieu entstammt (exogene Psychosen mit schizophrenieähnlichen Syndromen). Das psychologisch Gemeinsame ist beim Schizoid die eigenartig affektive Diskrepanz, die „psychästhetische Proportion" *Kretschmers*. Man muß daran denken, daß das Schizoid als dominante, die Prozeßanlage als rezessive Anomalie vererbt wird. Damit scheint man den bisherigen erbbiologischen Ergebnissen, daß die Dementia praecox wahrscheinlich als dihybrid-rezessives Merkmal mendle—*Rüdins* jetzt von *Hoffmann* bestätigtes Forschungsresultat — gerecht zu werden. Es wird ausdrücklich betont, daß wir zwar mitten in diesen Problemen, aber noch nicht unmittelbar vor deren Lösung stehen.

Lange-München: Über zirkuläre Erkrankungen bei Juden (erscheint in der Medizinischen Wochenschrift).



Im Vergleich zu den übrigen Aufnahmen der Klinik findet der Verf., daß sie besonders oft Mischzustände und sehr schwere Formen der Psychose darbieten. Im klinischen Bilde der Melancholie ist auffallend die ungemeine Bedeutung hypochondrischer Vorstellungen, ein nörgelnder Zug, das Hervortreten der Verarmungsideen, wogegen Versündigungsideen eine geringere Rolle spielen. In der Manie findet sich häufiger ein sehr schwerer Grad von Ideenflucht und hochgradige motorische Erregung. Die heitere Stimmung tritt vor der gereizten zurück. Sehr oft wird Querulieren beobachtet. Katatonisch gefärbte Zustandsbilder bieten die Juden entschieden häufiger dar. Ungemein oft wird aus der Vorgeschichte über alle möglichen psychopathischen Züge berichtet, so daß nicht selten keine rechte Trennungslinie zwischen Persönlichkeit und Psychose zu bestehen scheint. Die Erforschung der Erblichkeitsbeziehungen ergibt, daß neben starker, gleichartiger Belastung auch solche durch Schizophrenie, Epilepsie, schwere Formen von Psychopathie und Suizid häufiger ist als bei der umgebenden Bevölkerung. Darauf läßt sich vielleicht die große Zahl von atypischen Psychosen zurückführen. Die übrigen gefundenen Unterschiede dürften weder mit der durchschnittlich abweichenden Kulturstufe noch mit Eigentümlichkeiten des besonderen erfaßten Materials zusammenhängen, sondern wesentlich rassischen Bedingungen entsprechen. Zum Schluß wurde der Versuch gemacht, einige Beziehungen zwischen den Ergebnissen der Untersuchung und den allgemein bekannten Eigenschaften gesunder Juden herzustellen. Die Ergebnisse werden als vorläufige hingestellt. Wirklich lohnend würde eine Untersuchung sein, die auch das Material der Münchener Privatheilanstalten miterfaßt.

Als Referatthema für die nächste Tagung wird nach Vorschlag der Vorstandschaft gewählt: „Der derzeitige Stand der Frage nach der Pathogenese der Epilepsie". Zu Referenten wurden die Herren *Reichardt*-Würzburg und *Wuth*-München bestellt.

Der Vorsitzende schließt hierauf die Versammlung mit einem Dank an Vortragende, Diskussionsredner und Schriftführer. *Mayr*-Eglfing.

97. Ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 19. November 1921 in Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Baumann*, *Becker*, *Beyer*, *Buddeberg*, *Deiters*, *Dietrich*, *v. Ehrenwall*, *Finkelnburg*, *Eugen Förster*, *Geller*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Huth*, *Paul Jacoby*, *Kellner*, *Kloth*, *König*, *Köster*, *Kupfernagel*, *Löb*, *Löwenstein*, *Lückerath*, *Macke*, *Mappes*, *Meyer*, *Mörchen*, *Müller*, *Neuhaus*, *Niemeyer*, *Partenheimer*, *Peipers*, *Peretti*, *Pfahl*, *Pirig*, *Poppelreuter*, *Recktenwald*, *Rülf*, *Schmidt*, *Schmitz*-Bonn, *Schneider*-Köln, *Schwan*, *Sioli*, *Staehly*, *Stallmann*, *Thywissen*, *Tödter*, *Umpfenbach*, *Voßschulte*, *Weinbrenner*, *Westphal*, *Wiehl*, *Witte*. Vorsitzender: *v. Ehrenwall*.



Als Gäste anwesend: *Barghoorn*-Bonn, *Basten*-Bonn, *Busch*-Köln, *Feyerabend*-Bonn, *Landwehr*-Köln, *Laskowski*-Bonn, *Rubner*-Roderbirken, *Schauen*-Godesberg, *Fr. v. Todtenwarth*-Bonn, *Weichbrodt*-Frankfurt, *Weinberg*-Frankfurt, *Westermann*-Köln.

Zum Eintritt in den Verein haben sich gemeldet: Geh. San.-Rat *Schauen*-Godesberg und Professor *Busch*, Dr. *Landwehr*, Dr. *Westermann* aus Köln-Lindenburg.

Der Vorsitzende teilt zunächst mit, daß am 15. November cr. der Oberarzt der Rheinischen Provinzial-Heilanstalt Galkhausen *Friedrich Vorbrodt* durch einen Unfall plötzlich aus dem Leben gerissen worden ist. San.-Rat *Nockher*-Köln ist aus dem Verein ausgetreten.

Durch Akklamation werden aufgenommen: Nervenarzt Dr. *Genneper*-Essen, prakt. Arzt Dr. *Loewe*-Herchen, Dr. *A. Meyer*-Bonn, Dr. *Schmidt*-Ahrweiler.

Vor der Tagesordnung veranstaltete Herr *Poppelreuter* eine Führung durch das von ihm geleitete, von dem Landeshauptmann der Rheinprovinz dank den Bemühungen des Herrn Landesrat Dr. Horion neu errichtete Institut für klinische Psychologie und Berufsbegutachtung (Beratungsstelle für Hirnverletzte). Dabei erläuterte er kurz die Aufgaben des Instituts, einerseits die Weiterführung der wissenschaftlichen und sozialen Versorgung der Hirnverletzten, deren psychologische Begutachtung, Übungsbehandlung in Schule und Werkstatt usw., andererseits die Erledigung praktisch-psychologischer Aufgaben, besonders aus dem Gebiete der Arbeits- und Berufspsychologie Jugendlicher und Erwachsener.

Westphal: Über Dystrophia adiposo-genitalis (mit Krankenvorstellungen).

1. Fall. Gertrud Hamacher, Dienstmädchen, 34 Jahre. Dieser Fall ist von *Westphal* (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 58. Bd., 1918) ausführlich beschrieben worden. Es handelt sich um eine Kombination von Dystrophia adiposo-genitalis mit familiärer [1]) Myoklonie. Der Zustand ist seit der erwähnten Veröffentlichung im wesentlichen unverändert. Die allgemeine Adipositas hat noch zugenommen. Gewicht jetzt 228 Pfund! Menses seit 1918 nicht mehr aufgetreten. Starker Haarausfall. Sehr geringe Pubes. Die myoklonischen Zuckungen in bestimmten Muskelgruppen links bestehen unverändert fort. Konstant auf dieser Seite Babinski, Oppenheim und Gordon nachweisbar. Die rechte Seite andauernd frei von Zuckungen und spastischen Erscheinungen. Die früher vorhandenen, wahrscheinlich psychogenen Augenstörungen (Doppelsehen, Einengung des Gesichtsfeldes usw.) nicht mehr nachweisbar. Augenhintergrund normal. Psychisch melancholisches Zustandsbild (schwere Depression, Versündigungswahn, Suizidalneigung) abwechselnd mit stuporösen Phasen und negativistischem Verhalten. Zeitweilig freiere Intervalle mit Zurückgehen des Körpergewichts und der psychischen Störungen. Häufig Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel und mannigfache

[1]) Die Schwester ist inzwischen außerhalb der Anstalt gestorben, die Sektion leider verweigert worden.



Parästhesien. Keine epileptischen Anfälle. Alle therapeutischen Versuche (mit Hypophysin, Oophorin usw.) ohne dauernden Erfolg. Besprechung der klinischen Erscheinungen und der spärlichen bisher vorliegenden anatomischen Befunde (*Recktenwald*, *Sioli*), welche dazu auffordern, bei myoklonischen Symptomenkomplexen dem Kleinhirn besondere Aufmerksamkeit zu schenken, zumal neuerdings auch bei der Myoklonus-Epilepsie eigenartige Kleinhirnveränderungen festgestellt worden sind (*A. Westphal* und *F. Sioli*). Über den Zusammenhang der Myoklonie mit der polyglandulären Erkrankung (Dystrophia adiposogenitalis) ist Sicheres nicht auszusagen (toxische Einflüsse?). Hinweis, daß bei der demonstrierten polyglandulären Affektion „die massiven Eingriffe der Drüsenmißfunktion in den Körperbau, die Trophik des Gewebes, wie in die psychische Funktionsfähigkeit deutlich sichtbar sind" (*E. Kretschmer*).

Im Anschluß an diesen Fall bespricht *Westphal* Beobachtungen der Entstehung von Dystrophia adiposo-genitalis nach Kastration wegen entzündlicher Adnexerkrankungen bei zwei Frauen, welchem operativen Eingriff bei der einen Patientin Depressionszustände, Insuffizienzgefühl, sowie vasomotorische Störungen, bei der anderen die Entwicklung einer Epilepsie mit gehäuften Anfällen und psychischen Störungen (Gedächtnisabnahme, Urteilsschwäche, Verwirrtheitszustände) folgten. Bemerkenswerterweise entwickelten sich in beiden Fällen Pyramidenbahnsymptome (typischer Babinski) bei sonst völlig negativem Befund am Nervensystem (Wa.-R. negativ).

2. Fall. Bei dem zweiten demonstrierten Patienten W. Arndt war es im Anschluß an ein Trauma (Verheben bei einer schweren Last) zur Entwicklung einer Dystrophia adiposo-genitalis, zu gleicher Zeit mit der Entstehung von traumatischer Hysterie (pseudospastische Parese mit Tremor) gekommen. Völliges Erlöschen des Geschlechtstriebes und der Potenz des 37jährigen Mannes, Verkleinerung des Penis und der Hoden, enormer Fettansatz besonders am Unterleib. Typischer Babinski, links konstant, rechts wechselnd. Keine Augensymptome. Blutbild normal. *W.* weist auf Beobachtungen von *Büchler*[1]) hin, der die Entstehung von Dystrophia adiposo-genitalis nach Trauma beschreibt und auf Blutungen im Zwischenhirn speziell in der Hypophyse zurückführt. Für den demonstrierten Fall möchte *W.* diesen Zusammenhang nicht für wahrscheinlich halten; daß ein näherer Zusammenhang zwischen der Dystrophie und dem hysterischen Symptomenkomplex besteht, ist nicht anzunehmen.

3. Fall. Josef Klein, 18 Jahre alt. Vor 2 Jahren Erkrankung an Grippe. Im Anschluß an dieselbe Entwicklung einer schlaffen Paraplegie der Beine und Arme sowie Lähmung einer Reihe von Muskeln des Schultergürtels. Zu gleicher Zeit rasche Entwicklung einer hochgradigen Adipositas mit Gewichtszunahme von 60 auf 140 Pfund! Zurzeit besteht schlaffe degenerative Lähmung der Beine mit aufgehobener elektrischer Erregbarkeit oder EAR. in den befallenen Muskelgruppen. Starke Druckempfindlichkeit der Muskeln. Sehnenreflexe fehlen. Eine mitunter auf-

[1]) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 72, 1921.



tretende Kontraktur des noch erhaltenen M. ext. hall. longus mit Dorsalflexion der rechten großen Zehe bei Streichen der Fußsohle ist wohl nicht als echter Babinski zu deuten (vgl. *Oppenheim*, Lehrbuch S. 255). Die atrophische Lähmung der Arme und Schultermuskeln ist im Rückgang begriffen. Hochgradige Fettansammlung im schwammig gedunsenen Gesicht. Auch sonst Körper fettreich im Gegensatz zum Muskelschwund. Gewicht 131 Pfund. Feminine Schambehaarung. Achselhöhlen und Rumpf völlig haarlos. Penis und Testikel o. B. Völliges Fehlen von Libido. Keine Erektionen oder Pollutionen. Normales Blutbild. — Psychisch keine gröberen Störungen, etwas infantiler Habitus. — Die Pupillen zeigen bei Hände- und Iliakaldruck das von *Westphal* bei einer Reihe von Fällen von Encephalitis epid. gefundene Symptom der wechselnden absoluten Pupillenstarre, die sich regelmäßig mit der Sicherheit eines Experiments hervorrufen läßt. Augenhintergrund ohne Veränderungen. Der Röntgenbefund ergibt vielleicht eine leichte Vergrößerung der Sella turcica. Es liegt in diesem Fall eine Polyneuritis, begleitet von einer Dystrophia adiposo-genitalis vor, als Folgeerscheinungen der Encephalitis epidemica. Ähnliche Beobachtungen von hypophysärer Fettsucht nach Grippe sind vor kurzem von *Stiefler* [1]) und *Fenchel* [2]) mitgeteilt. *W.* hält es mit *Stiefler* für wahrscheinlich, daß es sich in diesen Fällen um einen entzündlichen Prozeß an der Hirnbasis, insbesondere der Infundibulargegend oder auch der Hypophyse selbst handelt. Die Komplikation mit einer Polyneuritis (Mitergriffensein der grauen Substanz der Vorderhörner?) gibt dem Fall ein besonderes Gepräge.

Zusammenfassend weist *Westphal* auf die sehr verschiedenartige Ätiologie hin, wie sie die demonstrierten Fälle von Dystrophia adiposo-genitalis zeigen. Auch die begleitenden psychischen Störungen, auf die *Weygandt* vor kurzem wieder hingewiesen hat, zeigen große Mannigfaltigkeit von leichten Veränderungen bis zu schweren chronischen, zum Ausgang in Demenz neigenden Psychosen. Die Entstehung einer epileptischen Psychose zusammen mit den Erscheinungen der Dystrophia adiposo-genitalis nach Kastration bei einer Frau ist sehr bemerkenswert.

Von körperlichen Symptomen ist besonders auffallend das häufige Vorkommen von Pyramidenbahnsymptomen (sicherer Babinski in vier der besprochenen Fälle!, in einem (Fall 3) zweifelhaft). Da ein Tumor der Hypophyse in diesen Beobachtungen nicht anzunehmen ist, kommen vielleicht Druckwirkungen durch begleitenden Hydrozephalus int. auf die Hirnschenkel für die Erklärung der Erscheinung in Betracht. Was die Sexualsphäre betrifft, ist es im Gegensatz zu den Symptomen der Dystrophia adiposo-genitalis in dem demonstrierten Fall von Interesse, daß in einigen Fällen von Grippeerkrankung hochgradige Steigerung der Libido von uns beobachtet ist.

F. Sioli: Spirochätenbefund bei Endarteriitis luica der kleinen Hirnrindengefäße.

---

[1]) Monatschr. f. Psych. u. Neurol., August 1921, H. 2.

[2]) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referate Bd. XXVII, H. 1, 1. November 1921.



Der zugrunde liegende Fall zeigte als histologischen Befund: *Heubner*sche Endarteriitis der Basalarterien, diffuse Endarteriitis der kleinen Hirnrindengefäße, einzelne mikroskopisch kleine Verödungsherde der Rinde, verschiedene Veränderungen von Ganglienzellen — in begrenzten Bezirken Veränderung der Ganglienzellen mit perizellulären Klumpen —, Gliaproliferation, geringe Markscheidenausfälle; im Frontalhirn einzelne Plasmazellen in den adventitiellen Scheiden. Die Spirochätendarstellung zeigte: 1. Spirochäten in der Wand der Basilaris, und zwar als Spirochätenherd am Grunde der gewucherten Intima und als einzeln vorkommende Spirochäten in allen Schichten des Gefäßes; 2. Spirochäten im Lumen der Basilaris; 3. einen Spirochätenherd in der basalen Pia (Meningealspirochätose *Jahnel*s); 4. Spirochäten in allen untersuchten Teilen des Hirnmantels in Pia und Rinde; die Menge der Spirochäten war verschieden: in den Zentralwindungen (wo Infiltrationszellen fehlten) fanden sich nur wenige Spirochäten; in der ersten Frontalwindung, wo die Endarteriitis stärker und einige Plasmazellen vorhanden waren, fanden sich viele Spirochäten. Von den Spirochäten des Gehirns lag ein Teil ohne Beziehungen zu Gewebselementen im Gewebe, der größte Teil aber zeigte deutliche nachbarliche Beziehungen zu Gefäßen, lag teils in der Wand, teils in der unmittelbaren Nachbarschaft. In der Aortenwand und im glatten Zungengrund wurden keine Spirochäten gefunden. In drei anderen Fällen von Endarteriitis fand *S.* keine Spirochäten.

Der positive Fall ist von großer Bedeutung für die pathogenetischen Theorien. Er ermahnt dazu, die in letzter Zeit stark aufgelebte Hypothese, daß die Endarteriitis toxischer Natur sei und nichts mit lokaler Spirochätenwirkung zu tun habe, eine Hypothese, die eine der Säulen der Theorien über die Pathogenese metaluischer Erkrankung ist, mit Vorsicht zu betrachten. Bei der erst schmalen Basis von vorliegenden Spirochätenuntersuchungen scheint es angebracht, mit erklärenden Theorien der Metalues noch zurückzuhalten.

Lückerath-Euskirchen: Über Psychiatrie und Fürsorgeerziehung.

Am 1. Januar 1921 ist die vierte rheinische Provinzial-Fürsorgeerziehungsanstalt zu Euskirchen eröffnet worden. Vortragender benutzt diese Gelegenheit, um im Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz einige Ausführungen zu obigem Thema zu machen, da über dieses im Verein seit langen Jahren nicht gesprochen worden ist. Er gibt zunächst einen geschichtlichen Überblick über die Beziehungen zwischen beiden Gebieten, er erinnert an die Arbeiten *Mönkemöller*s, *Tippel*s, *Laquer*s, *Seelig*s, *Kluge*s und *Cramer*s, welchen es gelungen ist, das Mißtrauen pädagogischer Kreise gegen die Mitarbeit der Psychiater zu zerstreuen und die Bedeutung der ärztlich-psychiatrischen Tätigkeit auf dem Gebiete der Fürsorgeerziehung zur Geltung zu bringen. Die gemeinschaftliche Arbeit beider Berufe fand ihren Ausdruck in der Resolution des allgemeinen Fürsorgeerziehungstages zu Rostock im Jahre 1910, in welcher betont wurde, daß ein großer Teil der Fürsorgezöglinge nicht normal sei, daß diese abnormen Zöglinge möglichst früh ermittelt werden sollten — am besten schon bei oder vor der Überweisung —, daß die geistig abnormen, schwer



rziehbaren in besonderen Anstalten untergebracht werden müßten, ogegen die leichteren Fälle in den gewöhnlichen Anstalten verbleiben önnten. Redner erwähnt die in diesem Sinne getroffenen Einrichtungen Beobachtungsanstalt für Jugendliche an der Frankfurter Irrenanstalt nter *Sioli*, das Provinzial-Erziehungsheim der Provinz Hannover zu öttingen, die Anstalt Klein-Meusdorf bei Dösen, die Potsdamer Anstalten nd die Arbeitslehrkolonie Steinmühle).

Die Rheinische Provinzial-Verwaltung hat zur regelmäßigen Unteruchung ihrer Zöglinge einen Landespsychiater angestellt, der in regelıäßigen Zwischenräumen die rheinischen Anstalten besucht und die öglinge untersucht. Die schulpflichtigen, geistig zurückgebliebenen ürsorgezöglinge beider Bekenntnisse sind in besonderen Anstalten geammelt, in welchen sie entsprechenden Unterricht als Hilfsschüler eralten.

Zur Unterbringung der schulentlassenen männlichen katholischen ürsorgezöglinge ist, da der Platz in den anderen rheinischen Anstalten icht mehr genügte, bei Euskirchen eine neue Anstalt gebaut worden; liese Anstalt, welche infolge der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse rst 1921 statt 1915 fertiggestellt werden konnte, hat ein besonderes Haus zur Beobachtung von geistig abnormen Zöglingen und ein besonderes Haus zur Unterbringung von geistig abnormen, schwer erziehbaren Zöglingen.

In dem Beobachtungshaus, das 20 Plätze hat und ganz ähnlich iner Aufnahmeabteilung einer Irrenanstalt gebaut ist, sollen die Zöglinge eobachtet werden, welche bei der Einlieferung zur Fürsorgeerziehung oder im Verlauf der Erziehung zu Zweifeln an ihrer Geistesverfassung Anlaß geben. Auch die evangelischen Zöglinge kommen hier zur Untersuchung. Bei der großen Zahl der jährlich in der Rheinprovinz zur Fürorgeerziehung überwiesenen Zöglinge — über 2500, wovon etwa ¾ männliche — ist eine Untersuchung aller Zöglinge in Euskirchen unmöglich; man beschränkt sich auf die, bei welchen Zweifel an ihrer Verfassung auftauchen.

In dem Hause für schwer erziehbare abnorme Zöglinge werden die Psychopathen und schwachsinnigen Zöglinge untergebracht, welche um ihrer selbst willen und wegen der anderen Zöglinge in einer gewöhnlichen Anstalt nicht bleiben können. Beide Häuser gehören zusammen; ein Psychopath, welcher z. B. vorübergehend wachsaalbedürftig wird, wird für diese Zeit in den Wachsaal des Beobachtungshauses verlegt.

Für ausgedehnte Beschäftigung ist gesorgt.

Soweit Platz vorhanden ist, sollen auch Privatzöglinge aufgenommen werden. Die Erziehung spielt im Psychopathenhaus selbstverständlich die Hauptrolle, sie ist aber mit psychiatrischem Geiste durchtränkt. Bei allen Maßnahmen wird in erster Linie der Geisteszustand berücksichtigt; bei Vergehen gegen die Anstaltsordnung und Disziplin wird zunächst der Ursache nachgegangen und dementsprechend gehandelt.

Vortr. gibt einen Überblick über die bisher in der Anstalt bis 1. November 1921 verpflegten Zöglinge. Davon waren als geistig abnorm zu bezeichnen — bei vorsichtiger Schätzung — 63,1%, 244 von 380 Zöglingen. 164 Zöglinge gehören zu den Psychopathen = 43,1%, 80 sind debil resp.

schwachsinnig = 20%. 4 Zöglinge waren geisteskrank. Auffällig groß war die Zahl der Zöglinge, bei welchen die geschlechtliche Entwicklung zurückgeblieben bzw. infantil war.

Auffällig gering ist die Zahl der abnormen Zöglinge, welche an Dementia praecox leidet. Verfasser hat diese Beobachtung schon bei seinen regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen in über 30 Anstalten gemacht, in welchen er viele Zöglinge jahrelang hat beobachten können.

Auch Pupillenstörungen scheinen bei den Zöglingen nicht selten zu sein, doch sind die Untersuchungen darüber noch nicht abgeschlossen.

Für die evangelisch schulentlassenen, abnormen, schwer erziehbaren Zöglinge ist eine zweckmäßige Unterkunft in der Anstalt Benninghof bei Mettmann geschaffen. Die weiblichen schulentlassenen katholischen Zöglinge werden im Notburgahaus zu Neuß gesammelt, während die für die evangelischen Zöglinge geplante Einrichtung bei der Anstalt Ratingen infolge der Ungunst der Verhältnisse noch nicht fertiggestellt werden konnte.

Allenthalben ist der psychiatrische Einfluß gesichert (in Euskirchen dadurch, daß Redner Direktor der Anstalt ist).

Es ist wünschenswert, daß mehr Psychiater als bisher sich mit dem Gebiet der Fürsorgeerziehung beschäftigen.

Die rheinische Provinzial-Verwaltung hat in mustergültiger und großzügiger Weise sich der ihr anvertrauten gefährdeten Jugend angenommen.

In der Diskussion bemerkt *Aschaffenburg*: Den Optimismus des Herrn *Lückerath* über das gute Verhältnis der in der Psychopathen-Fürsorge tätigen Geistlichen, Lehrer usw. zu den Ärzten bedauert *A.* nicht teilen zu können. Bei der Tagung des Psychopathen-Fürsorgevereins in der Pfingstwoche sei zwar viel von diesem guten Verhältnis die Rede gewesen, er habe sich aber des Eindruckes nicht erwehren können, daß in Wirklichkeit die Gesinnung keine ganz freundliche sei, und er fürchte, es werde noch viel Arbeit kosten, bevor ein wirklich gemeinsames reibungsloses Arbeiten möglich wäre. — Dann bittet *A.* Herrn *Lückerath* um Auskunft, ob durch die Berücksichtigung der Minderwertigkeit bei Verfehlungen innerhalb der Anstalt nicht eine Gefährdung der notwendigen Disziplin zu befürchten sei. Die Frage erscheint ihm deshalb von Wichtigkeit, weil das Ergebnis für die Schaffung der nach dem Strafgesetzentwurf notwendigen Abteilungen oder Anstalten für vermindert Zurechnungsfähige von grundlegender Wichtigkeit sei. Die Minderwertigen gegenüber gelegentlich unerläßliche gemilderte Beurteilung ihrer Ausschreitungen könne doch zu leicht von den anderen als Parteilichkeit aufgefaßt werden und das gefährde die Disziplin.

Hübner-Bonn: Ein wichtiger Punkt, der am deutlichsten zeigt, wie notwendig die weitestgehende Mitwirkung des Psychiaters bei Durchführung der Fürsorgeerziehung ist, ist der folgende. Wir sind gerade in den letzten Jahren klinisch eifrig bemüht gewesen, den Begriff der Psychopathie in eine Reihe von Unterabteilungen aufzulösen. So ist die Lehre von der zyklothymen, schizoiden, epileptoiden, neurotischen Anlage entstanden. Die Versuche sind nicht allein von klinischer Bedeutung, sondern sie haben auch nach der erzieherischen Seite hin, ferner nach



rjenigen der sozialen Prognose weitestgehendes Interesse. Wir müssen s darüber klar sein, daß die verschiedenen psychopathischen Kontutionen, welche wir aus dem großen Sammelgebiet der Psychopathie :wischen herausgeschält haben und noch herausschälen werden, bezügh der Erziehbarkeit von ganz verschiedener Wertigkeit sind. Die Zykloymen z. B. oder die schwer epileptoid Veranlagten, auch manche hweren neurotischen Persönlichkeiten wird man wenig oder gar nicht ziehen können. Ihre endogenen Symptome, die immer wieder hervorsten, werden sie, wenn dieselben nach der unsozialen Seite hinneigen, imer wieder rückfällig und unsozial werden lassen. Andererseits kennen ir eine ganze Reihe von Typen, es sei nur an die leicht Imbezillen ohne hebliche soziale Komplikationen und manche leicht neurotische Pernlichkeiten erinnert, die man sehr gut erziehen kann. Diese Differenerung aber ist die Aufgabe des Psychiaters. Seine Mitwirkung ist deshalb iumgänglich notwendig. Daß tatsächlich die Wertigkeit dieser psychoıthischen Konstitutionen hinsichtlich Erziehbarkeit eine ganz verschiedene t, ergeben auch die Resultate in den Privaterziehungsanstalten für sychopathen. — *H.* hat eine ganze Reihe von Psychopathen besserer tände in solchen Erziehungsanstalten untergebracht. Bei einem Teil on ihnen, den schwer endogenen, bedeutet diese Unterbringung nicht iehr als eine Verhinderung von unsozialen Handlungen. Hier bewirkt ie Anstaltsbehandlung lediglich, daß der betreffende Patient über die türmischen Jahre der Pubertät herübergebracht wird, und nur dann, 'enn er nach Ablauf der Pubertät ruhiger geworden ist, ist auf eine soziale ebensführung zu rechnen. Andererseits hat *H.* auch eine Reihe von 'ällen gesehen, bei denen in diesen Privaterziehungsheimen gute Erfolge rzielt worden sind. — Über die prozentuale Zusammensetzung der Eriehbaren und nicht Erziehbaren vom klinischen Gesichtspunkte aus rissen wir nun bis jetzt nicht sehr viel. Ihre Kenntnis aber ist Grundedingung für weitere, gesetzliche Maßnahmen, wie sie z. B. auch in der ukünftigen Strafgesetzgebung angestrebt werden. *H.* hat auf die verchiedene Wertigkeit der einzelnen psychopathischen Anlagen schon im lahre 1914 in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie bei Beprechung der künftigen Strafgesetzgebung hingewiesen. Für die Besserungsfähigen muß mehr geschehen als für diejenigen, die nur verwahrt werden, um sie selbst und die Öffentlichkeit vor Schaden zu bewahren.

Basten-Bonn: Die erfreuliche Tatsache, daß dem Psychiater in etzter Zeit der gebührende Einfluß in der praktischen Durchführung der Gesundheitsfürsorge eingeräumt ist, wird hoffentlich die bisher als nicht glänzend geltenden Resultate der Fürsorgeerziehung bessern. Meines Erachtens aber würde es besser sein, wenn die Heilerziehung der Psychopathen früher einsetzen würde und nicht erst, wenn sie durch die Polizei aufgegriffen werden. Die optimistische Auffassung des Referenten, daß für Psychopathen im schulpflichtigen Alter ausreichend gesorgt wird, kann ich nicht teilen. Mir selbst ist es in 3 Fällen im vergangenen Jahre nicht gelungen, die in Frage kommenden Kinder in einer geeigneten Anstalt im Rheinlande unterzubringen. Auf dem üblichen Verwaltungswege sollten die Psychopathen in eine Anstalt für epileptische und idiotische



Kinder untergebracht werden, in der sie natürlich selbst nicht gefördert würden und unter ihren Anstaltsgenossen nur schädlich gewirkt hätten. Nach den guten Erfolgen, die die Heilpädagogien für die besitzenden Klassen aufzuweisen haben, müßte dafür gesorgt werden, daß derartige geeignete Anstalten auch für die Allgemeinheit ausgebaut würden. Solange wir damit nicht rechnen können, würde zum wenigsten eine Mitarbeit psychopathisch ausgebildeter Ärzte mit den Schulärzten von ungeheuerem Vorteil sein. Für diese Mitarbeit würden die Schulärzte äußerst dankbar sein.

Lückerath (Schlußbemerkung): Kollege *Hübner* hat recht, wenn er auf die große Bedeutung der Unterbringung der Psychopathen hinweist. Es war nicht meine Absicht über deren klinische Bedeutung zu sprechen; ich hoffe aber von der Beobachtung in Euskirchen, daß sie den Begriff der Psychopathie schärfer wird bestimmen lernen und die Unterabteilungen noch mehr wird herauslösen können. Bei manchen Psychopathen muß man zufrieden sein, daß sie wenigstens während der Erziehung von der Menschheit ferngehalten werden; viele geraten übrigens nach Ablauf der Pubertät in leidlich normale Bahnen, bei den anderen werden wir ohne gesetzliche Maßnahmen auf die Dauer nicht auskommen.

Die Resultate der Fürsorgeerziehung sind durchaus nicht so schlecht, wie das im Publikum oft angenommen wird. Bei meinem Material habe ich ausgerechnet, daß bei 67% ein guter Erfolg der Fürsorgeerziehung zu erwarten ist, bei etwa 25½% ist noch ein zufriedenstellender Erfolg zu erhoffen, und nur bei 5—10% kann man sagen, daß kein Erfolg zu erwarten ist. Diese meine Berechnung stimmt übrigens mit den statistischen Berechnungen, die früher in der Rheinprovinz angestellt worden sind, ziemlich gut überein.

Was die Kosten für einen Privatzögling betragen werden, steht noch nicht fest; ich schätze etwa 30 Mark täglich.

Was schließlich die Disziplin bei den Psychopathen angeht, so bemerke ich, daß eine körperliche Züchtigung bei ihnen grundsätzlich nicht angewandt wird, und daß im übrigen Vergehen mehr durch Entziehung von Vergünstigungen geahndet werden als durch Bestrafungen.

Poppelreuter: Über pseudohysterische Symptome bei Stirnhirnverletzten.

Auch ich habe anfangs die bei Hirnverletzten jeglicher Lokalisation auftretenden hysterischen Reaktionen als „aufgepfropfte Hysterie" oder „Manifestation konstitutionell hysterischer Persönlichkeit" beurteilt, deren relative Häufigkeit auf die Eigenart der Situation (Rentenbegutachtung) und eine allgemeine Resistenzminderung bezogen. — Erst später wurde ich darauf aufmerksam, daß hysterische Symptome und besonders hysterisch aussehende Wesensveränderungen bei Schwerstirnhirnverletzten nicht nur überwiegend häufig, sondern auch von spezifischer Ausprägung waren. Diese kann hier im Referat nur kurz angedeutet werden. Zuerst fällt auf, daß die hysterischen Reaktionen, die hauptsächlich den Typus des übertriebenen Insuffizienzverhaltens, der mangelnden Willenskonzentration befolgen, charakteristisch inkonstant sind. Es sind also z. B. — ohne daß man eine eigentliche Motivation sieht — unter fünf



ersuchungstagen zwei mit manifest hysterischem Verhalten eingestreut.
ei fehlt die bei den üblichen Rentenhysterien deutliche Beziehung
ı Vorteil, insofern z. B. die Prüfung auf schwere Hebe-Bück-Arbeit
großer Mühegabe und Erfolg geleistet, bald darauf oder kurz vorher
eine belanglose Hantierungsprüfung mit grotesk hysterischer In-
zienzreaktion vollführt wird. Diese Inkonstanz des Willensverhaltens
so häufig auch ohne die hysterische Maske sowie auch im Verlaufe
elner Prüfungen (*Kraepelin*sche Arbeitskurve) mit so deutlicher
iehung zur Stirnhirnverletzung festzustellen, daß sie als organisch,
er Umständen je nach hysterischer Maskierung als ein pseudohysterisches
ıptom beurteilt werden muß. Ebenso ist höchst charakteristisch die
ausnahmslose Kombination von Stirnhirnbewegungsarmut und
terischen Symptomen, ferner die Verbindung von Reizbarkeit und
thie, die teils mehr, teils weniger symptomatologisch hysterisch ver-
det auftritt. Man kann, je nachdem man gerade die Zeit trifft, solche
e einmal als „hysterisch", das andere Mal als „organisch" demon-
eren. Charakteristisch ist, daß die unmittelbar durch die Unter-
ıungen provozierten Symptome (Romberg, Gesichtsfeldeinengung
.) überwiegend nur zum Anfang festgestellt werden, nach der Arbeits-
andlung aber zum Schwinden kommen. Daß dagegen die Symptome,
als Wesensanomalien zusammengefaßt werden können, die Inkonstanz
Gefühlsreaktion, die Apathie, Verlust der höheren Persönlichkeits-
ktionen, Unregelmäßigkeit der Arbeitskurve, Verlust der Disziplinierung,
wir als solche bei stirnhirnverletzten und hysterischen Menschen in
cher Weise finden, bei den letzteren eine viel größere Stabilität auf-
sen, wie sich aus unauffälliger Beobachtung des Gesamtverhaltens
erhalb der ärztlichen Umgebung ergibt. Ferner fehlt bei den Stirn-
verletzten die produktive Hysterie. Besonders fehlen gänzlich
terische Anfälle trotz der Nahelegung durch teilweise vorhandene
lepsie und der Indikation „Beobachtung auf Anfälle". Weiter treten
terische Sprachstörungen, Lähmungen in verschwindender und
rakteristischer Weise auffällig gut durch Ignorierung und Zureden
heilender Form auf. — Es werden dann noch kurz die ebenfalls bei
nhirnverletzten zu beobachtenden pseudokataleptischen Symptome,
sich mit den pseudohysterischen Symptomen verbinden, zur Ab-
ızung herangezogen. — Es besteht die Gefahr, der ich selbst früher
inzelnen Fällen sicher unterlegen bin, über hysterischer Symptomatologie
lbare und durch Stirnhirnverletzung erworbene Wesensveränderungen
übersehen.

Bezüglich der Theorie wird vorläufig die allergrößte Zurückhaltung
eraten; vor allem wird vor dem primitiven Kurzschluß, nunmehr der
sterie eine organische Stirnhirnverletzung zugrunde zu legen, gewarnt.
ınge im Gegensatz zu den senso-motorischen-assoziativen Herddefekten
Stirnhirnausfälle physiologisch unverständlich und die ungeheuren
ividuellen Differenzen noch ungeklärt sind, läßt sich für die natur-
näß sekundäre Frage des Zusammenhanges mit der Hysterie nichts
machen. Andererseits scheinen aber die Beziehungen derart zu sein,
man die praktische Konsequenz bei der Rentenbegutachtung bezüg-
einer schwereren Wertung hysterischer Symptome besonderer Aus-



prägung bei Stirnhirnverletzten ziehen muß. Man kann sich vorläu
mit der Theorie helfen, daß die durch Stirnhirnverletzung zweifellos
zeugte Einbuße an höherer Persönlichkeit eine Hysterophilie erzeu
auch bei einem vorher hysteroafraktären Individuum.

In der Diskussion macht Herr *Westphal* auf die weitgehen
Ähnlichkeit in der äußeren Haltung aufmerksam, welche der von Her
Poppelreuter demonstrierte Kranke zeitweilig mit manchen Formen d
Akinese bei Encephalitis epid. darbietet Wenn auch bei letzterer
Muskelspannungen beim Zustandekommen der Bewegungsarmut häu
mitbeteiligt sind, gibt es zweifellos Fälle (Beobachtungen von *Ster*
A. Westphal u. a.), bei denen ausgesprochene Bewegungsarmut bei fehle
den oder geringfügigen hypertonischen Zuständen der Muskeln vorkomm
welche von *Stertz* auf Störungen der Innervationsbereitschaft der b
treffenden Muskelgebiete zurückgeführt werden. Es ist von Interes
die pathophysiologischen Bedingungen des Zustandekommens des Au
falls an selbständigen Bewegungsantrieben bei Stirnhirnverletzung
(*Kleist*) und den akinetischen Zuständen bei Striatum-Erkrankung
weiter zu verfolgen.

Kloth, *A. Meyer*, *Sioli*: Die Lehren *Kretschmers* üb
„Körperbau und Charakter".

Die *Kretschmer*sche Lehre über Körperbau und Charakter na
seinem gleichnamigen Buch wird referiert und ihre Bedeutung anerkann

Zu der Richtung, die das Konstitutionsproblem durch *Kretschme*
Lehren gewonnen hat, muß die Psychiatrie Stellung nehmen. Der Grun
stein *Kretschmer*s ist die „biologische Affinität" zwischen pyknische
Körperbau und zirkulärer Psychose einerseits, nicht pyknischem Körperb
und schizophrenen Psychosen andererseits. Es handelt sich also zunächst u
die Frage der Realität der Körperbautypen und ihre biologische Affinit

Die Realität der Körperbautypen erkennen wir nach unseren Unt
suchungen an; die Zahl der reinen Typen ist allerdings klein im Verhält
zu denen, die Legierungen aufweisen; die Legierungen sind aber nicht
groß, daß sie den Typus in einer großen Zahl verwischen, sie bewirk
aber doch, daß in der Auffassung manches Einzelfalles eine gewisse U
bestimmtheit bestehen kann.

Bei der Unsicherheit psychiatrischer Diagnostik funktionel
Psychosen kamen für uns an unserem Material von Geisteskranken
Fälle in Betracht, deren Diagnose durch den Verlauf, nicht nur du
das Symptomenbild, gesichert ist. (Unter den 400 männlichen Kranl
der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn fanden sich dabei nur
die sicher den manisch-depressiven Psychosen zugehörten.) Es erg
sich folgende Verteilung von Körperbau und Psychosen:

	zirkuläre	schizophrene
asthenisch	—	7
athletisch	—	7
asthenisch-athletisch	3	15
dyplastisch	—	4
pyknisch	6	1
pyknische Mischform	9	9
	18	43



nach müssen wir anerkennen, daß die Manisch-Depressiven enge Beziehungen zum pyknischen, die Schizophrenen zum nicht pyknischen rperbau haben.

Weiterhin haben wir an dem Material der Provinzial-Heil- und egeanstalt und der Universitätsnervenklinik aus den vorhandenen ychopathen nach den Gesichtspunkten *Kretschmer*s die deutlich zykloiden d schizoiden Persönlichkeiten herauszusuchen und mit ihren Körperutypen zu vergleichen gesucht. In den Geltungsbereich der Zykloiden ben wir eingeordnet die klinischen Krankheitsbilder der Zyklothymie d der konstitutionellen Erregung und Depression; die von *Kretschmer* fgefaßte psychologische Grundformel der schizoiden Persönlichkeit den wir bei vielen klinisch als Neurotiker, Fällen von Moral insanity, angsirresein, Triebhaftigkeit, Haltlosigkeit bezeichneten abnormen arakteren. Die nach diesen Gesichtspunkten durchgeführte Unterchung ergab folgendes Resultat:

	zykloide	schizoide
unpyknisch..........	1	27
pyknisch	5	1
pyknische Mischform .	2	9
	8	37

ir müssen also auch hier enge Beziehungen der zykloiden Persönlichkeit m pyknischen Körperbau, der schizoiden Persönlichkeit zum unpyknihen Körperbau anerkennen.

Das bedeutet also eine Übereinstimmung mit den Grundlagen der *retschmer*schen Lehren, soweit sie empirisch nachprüfbar sind; es ist arauf hinzuweisen, daß *Kretschmer*s und unsere Zahlen doch nur Ausschläge nach den beiden Seiten, nicht aber Trennungen geben, daß also hne weiteres anzunehmen ist, daß die von *Kretschmer* intuitiv erschauten Körperbautypen nicht etwa die volle Aufschließung aller vorhandenen Typen und ihrer eventuellen Korrelatzustände enthalten.

Von praktischer Anwendung der Körperbauuntersuchung zu diagnostischen Zwecken ist dringend zu warnen; das würde zu einer öden Psychomantie führen, denn es liegt die Gefahr des Vergleiches zweier Unbestimmten vor, und Dominanzwechsel, Legierung und Überkreuzung kann im Einzelfall Verwirrung stiften. Es ist aber von *Kretschmer* ein unverkennbarer prinzipieller Unterschied aufgedeckt, der die Erörterung des Konstitutionsproblems in der Psychiatrie gewaltig fördern kann und zunächst weiterer gründlicher, wenn möglich variationsstatistischer Untersuchungen bedarf.

Die aus der Auffassung der Psychosen und abnormen Persönlichkeiten von *Kretschmer* gewonnenen psychologischen Grundformeln, welche *Kretschmer* dem Seelenmechanismus des Normalen typologisch anlegt, erscheint uns eine fruchtbare Bereicherung der Individualpsychologie.

Umpfenbach.



23. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 7. Januar 1922 in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg i. Pr.

Anwesend: *Berg*-Allenberg, *Bongers*, *Buchholz*-Königsberg, *Dubbers*-Allenberg, *Falk*-Kortau, *Herrmann*-Königsberg, *Holthausen*-Tapiau, *Jacob*-Königsberg, *Jonas*-Allenberg, *Kastan*, *Klieneberger*-Königsberg, *Krakow*-Tapiau, *Krebs*-Allenberg, *Krüger*-Tapiau, *Kutzinski*-Königsberg, *Lullies*-Kortau, *E. Meyer*, *G. Meyer*, *Moser*-Königsberg, *Pietsch*-Tapiau, *Powels*-Kortau, *Rothmann*-Elbing, *Titius*-Allenberg. Als Gast: *Blohmke*-Königsberg.

E. Meyer gedenkt des verstorbenen Kollegen *Julius Schroeder*.

Jacob stellt ein 2jähriges Mädchen mit vasomotorischen Störungen im Gesicht vor. Das Kind erkrankt 5 Tage nach der Geburt mit Abszeßbildung in der Gegend der rechten Parotis; wird inzidiert. Die nach der Inzision etwa 1½ Jahre bestehende Fistel, aus der sich fast ständig Speichel entleert, wird durch Röntgenbestrahlung geschlossen. Seither tritt bei Kaubewegungen eine zirkumskripte, tiefrote Verfärbung der Gegend der rechten Parotis auf, die längere Zeit bestehen bleibt. Die Erscheinung wird auf Störungen der Sympathikusinnervation zurückgeführt. Nach monatelanger Galvanisation des Sympathikus Besserung.

E. Meyer: Polyzythämie mit Neuralgie des Plexus brachialis.

44 jähriger Mann. 1906 Lues, sonst gesund. Seit mehr als 5 Jahren Schmerz in der rechten Schulter bis zum Ellenbogen und nach der Achselhöhle ausstrahlend. Die Schmerzen sind stechend, brennend wie ein Druck, wechseln in der Stärke, bestehen aber dauernd. Gleichzeitig Kribbeln in den Fingern der rechten Hand. Vorübergehend Schwellung in der rechten Brust. Wegen vermuteter Gelenkentzündung 1919 und 1921 operiert, zuletzt mit Resektion des Gelenkkopfes, ohne wesentliche Besserung. Auch eine Salvarsankur hatte keinen Erfolg.

Bei der Aufnahme tiefrote Farbe des Gesichts und der sichtbaren Schleimhäute; Gesicht etwas wulstig. Pat. will seit Jahren dieses Aussehen haben. Blutuntersuchung: Erythrozyten 6120000, Hämoglobin 85, Blutdruck 150. Keine Milz- und Lebervergrößerung. Wassermann im Blut und Liquor negativ. Keine Zeichen eines organischen Nervenleidens. Endphalangen der rechten Hand auffallend gerötet, trommelschlegelartig verdickt.

M. weist darauf hin, daß Nervenstörungen verschiedener Art bei Polyzythämie beobachtet sind. Neben zerebralen auch periphere, auch Arthralgien; vielleicht kann man solche neuralgische Erkrankung wie die vorliegende mit den schmerzhaften Störungen bei vasomotorischen Neurosen in Beziehung bringen [1]).

[1]) Herr Privatdozent Dr. *Böttner*, Medizinische Klinik, hier, bestätigte die Diagnose und nahm eine regressive Form derselben an.



Behandlung mit Tiefenbestrahlung war bisher ohne sicheren Erfolg, sie wird fortgesetzt (vgl. Ver. f. wiss. Heilk., Sitz. vom 19. XII. 1921, Ber. D. med. Wschr.).

E. Meyer: Symptomatische Psychose bei perniziöser Anämie.

41 jähriger Mann. Vor 13 Jahren Iritis, mehrfach rezidivierend. Ende 1919 Parästhesien unter den Fußsohlen, bald danach ärztliche Behandlung wegen körperlicher Beschwerden (allgemeine Hinfälligkeit usw.), wobei die Diagnose perniziöse Anämie gestellt wurde. Sommer 1921 erregbar, Rededrang. November 1921 zunehmend elend. Ende 1921 Depression. 1. Januar 1922 plötzlich verwirrt, war unorientiert, konfabulierte, äußerte Beeinträchtigungsideen, er werde angeklagt u. dgl., vergaß sehr schnell. 5. Januar 1922 Aufnahme in die Klinik. Sehr elender Allgemeinzustand mit auffallend gelber Haut- und Schleimhautfarbe. Erythrozyten 700000, Leukozyten 8000, Hämoglobin 20. Ausgesprochene Poikilozytose. Keine Zeichen organischen Nervenleidens. Psychisch unorientiert in Ort und Zeit, Auffassung und Merkfähigkeit stark gestört, Neigung zu Konfabulationen mit starkem Rededrang, zeitweise, besonders abends, deliriöse Erscheinungen auf optischem Gebiet.

M. hebt hervor, daß zur Annahme einer symptomatischen Psychose, wenn man von dem körperlichen Zustand absieht, die deliranten und die Korsakow-Züge Anlaß geben [1]).

Rothmann: Technisches zur Infiltrationsbehandlung der Ischias.

Unter den Behandlungsmethoden der Ischias erfreut sich die von *Lange* angegebene Infiltration mit einer schwachen Novokain-Lösung besonderer Beliebtheit. Nach der Originalvorschrift geht man dabei so vor, daß eine lange Nadel in der Mitte zwischen Trochanter major und Tuber ischii senkrecht eingestochen wird, bis man Parästhesien im Bereich des Nerven auslöst. Alsdann spritzt man die körperwarme Lösung (etwa 100 ccm physiologische NaCl-Lösung, enthaltend 0,1 Novokain) rasch ein und macht einen Heftpflasterverband.

Nun weiß jeder, der diese Behandlung häufig ausgeübt hat, daß es oft nicht gelingt, den Nerven in der Tiefe zu punktieren; dies hat seinen Grund offenbar darin, daß der an dieser Stelle drehrunde Nervenstrang, der allseitig in Weichteile eingebettet liegt, der Nadel leicht ausweicht. Begnügt man sich in solchen Fällen damit, die Lösung ungefähr in die Gegend, in der der Nerv vermutet wird, zu spritzen, so bleibt die erhoffte Wirkung meist aus.

Um diesem Übelstande zu begegnen, wurde in einer Anzahl von Fällen die Injektion an einem Punkte vorgenommen, die von *Fritz Haertel* („Die Lokalanästhesie", 2. Auflage 1920) für die Leitungsanästhesie des N. ischiadicus angegeben ist. Der Nerv wird dabei an einer Stelle getroffen, wo er breit auf dem Knochen aufliegt, nämlich an seiner Austritts-

[1]) Die psychischen Störungen waren am 9. Januar 1922 völlig abgeklungen.



stelle aus dem Foramen ischiadicum majus. Um diesen Punkt zu finden, geht man nach *Haertel* folgendermaßen vor (nähere Angaben siehe a. a. O.): Man zieht eine Linie, welche durch die Spitze des Trochanter und das obere Ende der Gesäßfurche geht; eine zweite verbindet die Stelle der Spina iliaca post. sup. (seitliches Grübchen der Rückenraute) mit dem Außenrande des Tuber ischii (sogenannte *Corning*sche Linie). Vom Schnittpunkt dieser beiden Linien zieht man eine dritte nach dem Tuber glutaeum (*Waldeyer*), welches am Beckenkamm stets gut abzutasten ist. Der Einstich erfolgt dann nach Anlegung einer Hautquaddel am Schnittpunkt der ersten beiden Linien. Mit einer mindestens 12 cm langen Nadel geht man hier senkrecht in die Tiefe und trifft am Knochenrande unmittelbar auf den Plexus sacralis, wobei man zuerst gewöhnlich Parästhesien am Hoden, Penis und Damm auslöst. Man injiziert und tastet dann am Knochenrand, in der Richtung der dritten Linie, weiter nach der Seite, wobei man die übrigen Teile des Plexus erreicht (Parästhesien am Oberschenkel und Gesäß, am Unterschenkel und Fuß) und ebenfalls mit der Lösung infiltriert. Bei den behandelten Fällen wurden 120—150 ccm der nachfolgenden Lösung injiziert: Novokain 0,15, Natr. chlorat 1,2, Aq. dest. ad 150,0.

Die mit dieser Methode erzielten Erfolge stehen hinter denen der Originalmethode *Lange*s keinesfalls zurück. Der unbestreitbare Vorzug liegt darin, daß es in jedem Falle mit Sicherheit gelingt, die Injektionsflüssigkeit an die gewünschte Stelle, d. h. den erkrankten Nerven, zu bringen. Daher kann die Methode nur warm empfohlen werden.

E. Meyer: Encephalitis lethargica mit ungewöhnlicher psychischer und Sehstörung sowie differentialdiagnostischen Schwierigkeiten.

37jährige Frau. 1913 Lungentuberkulose, die seitdem in einem meist latenten Stadium sich befindet. 28. November 1921 akute Magendarmstörung mit subfebriler Temperatur und Kopfschmerzen. 1. Dezember Einsetzung von Bewußtseinstrübung wechselnden Grades. Körperlich beiderseits Ptosis, träge Lichtreaktion, Knie- und Achillessehnenphänomene zeitweise ungleichmäßig, sonst kein Anhalt für ein organisches Nervenleiden. Liquor und Blut ohne Veränderungen, ebenso innere Organe ohne Anhalt für Tuberkulose, auch im Liquor und im Tierversuch nichts von Tuberkulose nachzuweisen. Sprache und Schlucken erschwert. Ophthalmoskopisch keine Veränderung. Bald nach Beginn der Erkrankung Amblyopie, die fortbesteht. Psychischer Zustand wechselte zwischen deliranten Phasen mit zum Teil sehr starker Erregung, bis zu Jaktationen, teils mit Angst, teils mit manischen Anklängen und ruhigeren Zeiten, in denen eine, wenn auch leichte, traumartige Bewußtseinstrübung vorlag, mit Art residuären Wahnideen, z. B. Idee, daß sie in einer Totenkammer gewesen sei, hergenommen von der klinischen Vorstellung während der deliranten Phase. In letzterer bestanden sehr lebhafte optische Sinnestäuschungen, vielfach illusionärer Art. Dauernd besteht ein Gefühl, daß das Bett sich bewege, wie etwa ein Boot in den Wellen, vielfach sind kataleptische und katatonische Erscheinungen vorhanden. Außerdem findet sich eine allgemeine Erschwerung der Bewegungen, so besonders

der mimischen und im Bereich der Kaumuskeln. Vielleicht sind die Störungen der Augenmuskeln, die auffallend wechseln zwischen dem Bilde totaler Ophthalmoplegie und besserer Beweglichkeit, durch Aspontaneität ebenso wie die vorerwähnten Bewegungsstörungen zu erklären. Anfangs wurde an Meningitis tuberculosa naturgemäß gedacht, doch weist jetzt alles darauf hin, daß wohl eine Encephalitis lethargica vorliegt. Die Sehstörung ist als kortikale aufzufassen [1]). Behandlungsversuche mit Kollargol usw. haben bisher keinen Erfolg gehabt. Es sind nur die Erregungszustände und deliranten Phasen zurückgetreten.

Blohmke-Königsberg a. G. berichtet über das Untersuchungsergebnis des Akustikus bei diesem Fall. Der kochleare Anteil des Oktavus war intakt, der vestibulare dagegen wies bei den mehrfach vorgenommenen Untersuchungen eine eigenartige Erscheinung auf: nämlich ein Ausbleiben resp. ein auffallend geringes Auftreten der schnellen Komponente des experimentellen Nystagmus bei kalorischer Prüfung mit kaltem Wasser. Dieselbe wurde selbstverständlich unter Berücksichtigung genügender und gleichbleibender Reizanwendung vorgenommen. Die langsame Komponente kam in Gegensatz dazu sehr prompt und deutlich zum Ausdruck. Die Erklärung dieser Erscheinungen muß nach Lage des Falles natürlich völlig offen gelassen werden.

E. Meyer stellt einen Kranken mit Encephalitis lethargica in Form der Paralysis agitans vor, der im Beginn der Erkrankung (vor einem Jahre) ungewöhnliche schwere Augenstörungen (Divergenzlähmung, Akkomod.- und Pupillenlähmung, Neuritis optica) neben Schlafsucht aufwies, die jetzt nicht mehr nachweisbar sind. (Professor *Sattler*.)

Moser: Demonstration eines 17jährigen Patienten mit juveniler Paralyse, die alle für diese Form der Paralyse charakteristischen Merkmale bietet. Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil er im Beginn zu verschiedenen Fehldiagnosen Veranlassung gegeben hatte. Zunächst wurde ein Geschwür am Munde als Primäraffekt angesprochen, die Mutter des Patienten für die Infektionsquelle angesehen, da bei beiden die Wassermannsche Reaktion im Blut positiv war, die bei dem Patienten bestehende kongenitale Lues ist damals nicht in Erwägung gezogen worden. Dann führten die einige Monate später in typischer Weise das Krankheitsbild einleitenden körperlichen Symptome vor etwa 2 Jahren zur Diagnose Lues cerebri und ein offenbar im Anschluß an einen leichten apoplektiformen paralytischen Anfall auftretender Zustand von Schlafsucht zu der Diagnose Encephalitis lethargica.

Kutzinski berichtet über von ihm gemeinschaftlich mit Dr. *Heinrich* unternommene Aufmerksamkeitsuntersuchungen bei Hirnverletzten. Neben der Prüfung des Umfanges der Aufmerksamkeit beim Tachistoskop wurde zur Prüfung der optischen Aufmerksamkeit die *Bourdon*sche Probe angewandt; ferner wurde für die akustische und taktile Aufmerksamkeit eine der *Bourdon*schen Methode entsprechende

[1]) Näheres wird Herr Professor *Sattler* darüber berichten.

Versuchsanordnung getroffen. Dadurch war die Möglichkeit gegeben, die Aufmerksamkeit der einzelnen Sinnesgebiete gesondert zu untersuchen. Die Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen. Als vorläufige Ergebnisse sind zu betrachten: Eine bestimmte Abhängigkeit der Aufmerksamkeitsstörung vom Sitz der Läsion ist nicht zu erweisen. Die *Rhoden*sche Auffassung, daß die schwersten Aufmerksamkeitsstörungen ihren Sitz in der Scheitelhinterhauptregion haben, hat sich bei unserer Versuchsanordnung nicht bestätigt. Auch die Erwartung, daß etwa die gröbsten Ausfälle bei Herden im Stirnhirn auftreten würden, hat sich nicht durchgängig erfüllt. Immerhin zeigen sich größere Ausfälle bei Stirnhirnschädigungen als bei Verletzungen der Okzipital-Region. Schwankungen der Aufmerksamkeit innerhalb einer Leistung wurden sehr oft beobachtet. Sie sind aber vom Sitz des Herdes unabhängig. Die besten Leistungen zeigten die Fälle mit Verletzungen der Zentral- und Scheitelregion. Bei den psychogenen Störungen sind folgende Momente als bedeutsam hervorzuheben. Einmal sind die Fehlleistungen für alle drei Aufmerksamkeitsprüfungen erheblich größer als bei den organischen. Ferner zeigen sich beim Vergleich des sinnlosen und sinnvollen *Bourdon*-Textes eine Umkehr des Üblichen: Die Psychogenen machen in etwa 75% der Fälle bei sinnvollen Texten weniger Fehler als bei sinnlosen. Die bisherigen Ergebnisse lassen daran denken, daß die generellen Schädigungen der Hirnrinde für die Herabsetzung der Aufmerksamkeitsleistung eine bedeutsamere Rolle spielen als die jeweilige Herdaffektion. Eine Entscheidung wird erst auf Grund eingehender Versuche möglich sein. (Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.)

Klieneberger, Körperliche Störungen und Wahnideen.

K. macht von neuem auf den vielfach vorhandenen, oft nicht genügend beachteten Zusammenhang zwischen Wahnideen und körperlichen Empfindungen bzw. körperlichen Störungen aufmerksam. Er erwähnt einen Fall von Dementia praecox, der an Ösophaguskarzinom zugrunde ging und seine Beschwerden damit begründete, daß ein Tier in seinem Schlund sitze, berichtet kurz über einen querulatorisch wahnhaften Hypochonder, bei dem die absurde Wahnidee, einen Frosch im Leibe zu haben, vom Arzt in kurzsichtiger therapeutischer Erwägung unterstützt und dadurch naturgemäß verstärkt wurde, und bespricht schließlich zwei Fälle, in denen die Äußerungen der verworrenen Kranken (Verschlucken einer Brille, einer Zahnbürste) unterschätzt wurden, eine Unterschätzung, die bei der einen Kranken Anlaß zu einer ernsten Fehldiagnose (Striktur der Speiseröhre durch Verätzung), zum operativen Eingriff und zum letalen Ausgang gab. (Ausführliche Veröffentlichung in der Psychiatrischen und Neurologischen Wochenschrift.)

G. Meyer berichtet über 6 Fälle von Dementia praecox, bei denen im Jahre 1920 die von *Steinach* angegebene Operation ausgeführt wurde. (Vorläufige Mitteilung.)

Dubbers fragt an, ob das Einverständnis der Angehörigen mit der Operation des Patienten, solange er nicht entmündigt ist, genügt, um die Anstalt vor Ansprüchen wegen Verstümmelung zu schützen.

E. Meyer hält das für ausreichend.



Kastan: Zum amyostatischen Symptomenkomplex.

Patientin, jetzt 35 Jahre alt, illegitimes Kind. Hat sich in den ersten zwei Lebensjahren angeblich normal entwickelt, dann fiel auf, daß sie sich nicht richtig aufrichten konnte; nach weiteren 4 Jahren wurden Hände, Arme und Beine schwach. Sie ließ alles fallen, Sprachentwicklung blieb zurück, sie besuchte keine Schule, blieb zu Hause, bis der spätere Mann der Mutter starb. Kam dann ins Armenhaus und wurde wegen Unruhe in die Klinik übergeführt. — Patientin macht einen überaus schwachsinnigen Eindruck, hat kindische Angst vor allen Untersuchungen, schreit und jammert, bringt nur wenige Worte vor, wie: Pupa, Tate, Angst, spielt meist mit ihrer Puppe, die sie krampfhaft an sich gedrückt hält. — Schädel klein, Stirn fliehend und quer gerunzelt, maskenartiger Gesichtsausdruck, Mund oft geöffnet, so daß starker Speichelfluß eintritt. Beim Gehen ausgesprochene Propulsion. Arme und Beine bei passiven Bewegungen nicht spastisch, zeigen aber erhöhten Tonus und auffallende Resistenz, im Gegensatz dazu sind die Hand- und Fußgelenke schlaff, fast nach Art der Schlottergelenke. Bei passiven Bewegungen in den Handgelenken ausgesprochene Pfötchenstellung. Die Füße gewöhnlich maximal plantarflektiert gehalten. Beim Gehen werden die Beine abduziert, der Gang erscheint daher watschelnd, wacklig, unsicher. Keine Veränderung der Hirnnerven. Liquor o. B. Im Harn kein Urobilin, kein Bilirubin, keine Lävulosurie.

Der Fall zeigt die ausgesprochenen Symptome der reinen Erkrankung des Putamen und des Nucleus caudatus, d. h. Fehlen von Kontrakturen und Versteifungen, welche auf den Globus pallidus zurückzuführen wären und nicht zu verwechseln sind mit der eigentümlichen steifen Haltung. Die Pfötchenstellung erinnert an das Symptom der Tetanie, legt den Gedanken nahe, ob nicht eine Schädigung der Nebenschilddrüsen, die man schon früher in Beziehung zur Parkinsonschen Krankheit brachte, auch hier vorliegt, es wird dabei an die Erfolge erinnert, über die *Kühls* bei Parkinson-Symptomen nach Einpflanzen einer Kalbsnebenniere berichtet hat.

Klieneberger: Zur Frage der Simulation (Anamnesenfälschung).

K. warnt abermals davor, auf anamnestische Mitteilungen eine Diagnose aufzubauen und betont, daß wohl der überwiegende Teil aller Anamnesen, wenn auch nicht gefälscht, so doch erheblich gefärbt ist. Das liegt im kausalen Bedürfnis begründet, in der Verkennung von Ursachen und Wirkungen, in autistischen Denkgewohnheiten, in Wunsch-, Begehrungs- und Furchtvorstellungen. Vortr. erwähnt in diesem Zusammenhang das Beschönigen der Trunksucht des Alkoholikers, das Übertreiben des Morphiummißbrauchs seitens des Morphinisten und trennt nach der Anamnesenverfälschung das Heer der Rentenbewerber in zwei Gruppen, den Invaliden- und den Unfalltypus. Zum Schlusse wird als Beispiel dafür, daß eine der häufigsten Simulationen die Dissimulation früherer Krankheiten ist, ein Fall mitgeteilt, bei dem das Verschweigen der luischen Infektion und der intensiv durchgeführten antiluischen Kur, die zu einem Negativwerden aller vier Reaktionen

geführt hatte, Anlaß zu falscher Diagnose und falscher Beurteilung (posttraumatische Apoplexie) gegeben hat, eine Tatsache, die u. a. wieder eindringlich lehrt, den negativen Ausfall der serologischen Untersuchung nicht allzu hoch zu bewerten. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.)

E. Meyer: Kinematographische Vorführung von Nerven- und Geisteskrankheiten. *G. M.*

Kleinere Mitteilungen.

Der Heilanstalt **Bergquell bei Stettin** hat die Ungunst der Zeitverhältnisse nach fast 40jährigem Bestehen das Ende ihrer Tätigkeit gebracht. Auch diese Anstalt ist im Oktober 1921 aufgelöst worden. Sie besaß in Pommern das Vertrauen weiter Kreise, es erscheint wohl gerechtfertigt, ihrer Tätigkeit und ihres Begründers hier kurz zu gedenken.

Die Anstalt Bergquell wurde im Oktober 1882 von dem Kreisphysikus a. D. Dr. *Zenker* gegründet. *Wilhelm Zenker*, geboren 1839, hatte sich nach Beendigung seiner medizinischen Studien (1865) nach Illenau begeben, „um die Anfangsgründe der Psychiatrie in sich aufzunehmen". Noch viele Jahre später erwähnt er dankbar, wie er dort „die Berücksichtigung der leidenden Person" neben der Behandlung der Gehirnkrankheit in vorbildlicher Weise ausgeübt sah und „Anregungen erhielt, die auf seine Anschauungen über psychiatrische Dinge einen maßgebenden Einfluß ausübten". *Zenker* wurde dann zweiter Arzt in der Irrenanstalt Königslutter in Braunschweig, später in Leubus. In diesen Stellungen vertiefte er sich mit großem Eifer in die Beobachtung der Kranken, wie wir aus einer Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten sehen, die zum größten Teil in der Allg. Ztschr. f. Psych. veröffentlicht sind (vgl. Bd. 26—33 dieser Zeitschrift). *Zenker* sucht, wenn er seine Beobachtungen über die Dysphagien gestörter und gelähmter Kranken, über die Gangarten der Paralytiker, über tiefe Temperatur und Wärmeschutz bei Geisteskranken bringt, nicht nur zu beschreiben, sondern stets zu erklären, das Beobachtete mit den Lehren der Anatomie und Physiologie in Einklang zu bringen. In einem Aufsatz „Von dem psychischen Krankheitselement der persönlichen Beeinträchtigung" (A. Z. 33) betont er 1877 wiederholt — was uns jetzt geläufig ist —, daß ein tieferes psychologisches Verständnis des Wesens der Geisteskranken **nur** möglich ist auf Grundlage des Studiums der gesunden Psyche und der Selbstbeobachtung. Von Leubus aus ging *Zenker* für eine Zeit in die amtsärztliche Tätigkeit und wurde Kreisphysikus in Schivelbein i. Pomm. Die Verbindung mit der geliebten Psychiatrie wurde auch in dieser Zeit — wie mir erzählt wird — dadurch erhalten, daß *Zenker* einzelne Geisteskranke als Pensionäre in sein Haus aufnahm. Während seiner kreisärztlichen Tätigkeit schrieb *Zenker* eine ausführliche Abhandlung über „die Fußspuren des Menschen" für die Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Bemerkenswert ist auch hier wieder die ausführliche anatomisch-physiologische Begründung der vorgetragenen Anschauungen. 1882 erwarb *Zenker* ein Grundstück auf



dem hohen, hügeligen Oderufer über dem Vorort Frauendorf bei Stettin, welches einen schönen Park umschloß und eine herrliche Fernsicht bis zu den Höhen der Buchheide darbot. Hier begründete und entwickelte er seine „Heilanstalt Bergquell für Gemüts- und Nervenkranke" teils in vorhandenen und umgestalteten Gebäuden, teils in Neubauten auf einem Areal, daß schließlich 27 Morgen betrug. Die Provinzial-Verwaltung von Pommern sicherte sich schon 1883 durch Vertrag 100 Plätze in Bergquell für Kranke aus ihren damals überfüllten Anstalten. Bis 1900 befanden sich meist gegen 100 Provinzialkranke in Bergquell, in diesem Jahr wurden mit der Eröffnung der neuen Anstalt Treptow die letzten 42 Provinzialkranken aus Bergquell nach Treptow übergeführt. Privatkranke, auch freiwillige Pensionäre, fanden sich bald in größerer Zahl in der Anstalt ein, meist waren 40—50 dort in Behandlung. *Zenker* verstand es ausgezeichnet, unterstützt von seiner trefflichen Gattin, den Kranken den Aufenthalt in der Anstalt zu einem befriedigenden zu gestalten. Gleichmäßig liebenswürdig und heiter, sorgte er für Geselligkeit und musikalische Genüsse und wußte seine Liebe für die Natur und Gartenkunst auf geeignete Kranke zu übertragen. Den in schwerpsychotischen Zuständen befindlichen wurde die sorgfältigste Pflege und Behandlung, auch in Wachsälen, zuteil. So wurde die Anstalt bald bekannt und geschätzt. *Zenker* fand aber auch noch Zeit für wissenschaftliche Studien, für Vorträge über hygienische Fragen, in mehreren Wahlperioden war er Mitglied der pommerschen Ärztekammer. *Zenker* starb im Dezember 1909. Die Anstalt wurde nun von seinem Sohn Dr. *Eduard Zenker*, welcher an ihr bereits als II. Arzt tätig gewesen war, weiter geleitet bis 1911. Als dann *Ed. Zenker* nach Freienwalde a. O. zog, um ein offenes Sanatorium für Nervenkranke zu begründen, unterstand die Anstalt der erfolgreichen Leitung von Dr. *Niese* (zuletzt Nervenarzt in Stettin). Im Februar 1912 ging Bergquell in den Besitz von Dr. *Görlitz* über, der die innere Einrichtung durch geschickte Einfügungen noch mehr den Anforderungen der Gegenwart anpaßte und die Anstalt bis zu ihrer Auflösung leitete. Sie ist nun von der Verwaltung des Kreises Randow angekauft worden und wird als Leichtkranken- und Rekonvaleszentenabteilung mit dem benachbarten Kreiskrankenhause Randow vereinigt werden.

Die Heilanstalt Bergquell bildete stets eine sehr bewährte Ergänzung der öffentlichen Irrenanstalten in Pommern. Ihre Auflösung schafft eine Lücke, welche vielfach fühlbar sein wird. *Mercklin.*

Das Badische Ministerium des Innern hat an die Bezirksämter unter dem 10. Januar 1922 folgendes Schreiben gerichtet: „Wir haben in einem Einzelfalle die Wahrnehmung gemacht, daß seitens eines Bezirksamts das gemäß § 3 I. F. G. und § 14 der Vollzugsverordnung dazu ausgestellte ärztliche Zeugnis der Ehefrau eines Kranken zugänglich gemacht, und daß dasselbe weiterhin mit den bezirksamtlichen Akten dem für die Ausstellung des ortspolizeilichen Zeugnisses zuständigen Bürgermeisteramt übersandt wurde. Demgegenüber weisen wir darauf hin, daß, wenn ein solches Verfahren auch mit den Bestimmungen des

I. F. G., das hierüber keinerlei bestimmte Weisungen enthält, nicht in direktem Widerspruch steht, und wenn es sich auch nach § 8 der Verfahrensordnung vom 31. August 1884 formell rechtfertigen läßt, den Angehörigen eines Kranken Einsicht in das ärztliche Zeugnis zu gewähren, dies doch mit dem Sinne des I. F. G. in Widerspruch steht. Dasselbe geht zweifellos — wie übrigens auch aus der Fußnote zu dem Vordrucke des ärztlichen Zeugnisses erhellt — von dem Gedanken aus, daß es nicht erwünscht und regelmäßig deshalb zu unterlassen ist, den Angehörigen eines Kranken den ganzen Inhalt eines solchen Zeugnisses bekanntzugeben. Dies kann, ganz abgesehen von der Frage der Wahrung des Berufsgeheimnisses der Ärzte, besonders in solchen Fällen zu einer weitgehenden Störung des Familienfriedens führen, in welchen in dem Zeugnis Krankheitsursachen genannt sind, die den Kranken im Ansehen seiner Familie herabzusetzen geeignet sind. Es empfiehlt sich deshalb, daß sich die Bezirksämter bei Auskünften über eine Geisteskrankheit weitgehende Zurückhaltung auferlegen und in Zweifelsfällen mit dem das Zeugnis ausstellenden Arzt ins Benehmen treten. — Die Bürgermeisterämter benötigen das ärztliche Zeugnis zur Ausstellung des ortspolizeilichen Zeugnisses jedenfalls nicht; es ist daher den bezirksamtlichen Akten vor deren Absendung an das Bürgermeisteramt jeweils zu entnehmen. — Hiernach ist künftighin zu verfahren.

Der Verein der Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens tagt am 6. Mai in Hannover, Lavesstr. 26. Vortraganmeldungen an OA. Dr. *Pförtner* in Prov.-Anstalt Lüneburg.

Berichtigung. — Im Bericht über die 96. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz, Bd. 77, ist S. 425 das Schlußwort von *Löwenstein* versehentlich als Fortsetzung der Bemerkung von *Voß* gedruckt worden. Es beginnt Z. 14 von unten mit den Worten: Selbst eine noch so sehr verfeinerte Technik ...

Personalnachrichten.

Dr. *Georg Dobrick*, bisher Oberarzt in Kortau, ist Stadtarzt in Kottbus geworden.

Dr. *Josef Gerstmann*, Priv.-Doz. in Wien, ist zum Reg.-Medizinalrat ernannt worden.

Dr. *Aug. Hegar*, 2. Arzt in Wiesloch, wurde als solcher nach Emmendingen,

Dr. *Walter Fuchs*, Oberarzt in Emmendingen, als 2. Arzt nach Wiesloch versetzt.

Dr. *Ewald*, Priv.-Doz. u. Ass. der psychiatr. Klinik zu Erlangen, w zum Oberarzt befördert.

Dr. *Karl Zinn*, San.-Rat, Dir. in Eberswalde, hat den Titel Reg.- dizinalrat erhalten.

Dr. *Otto Pötzl*, Prof., bisher n Wien, ist zum ord. Professor Psychiatrie in Prag ernannt worden.

Dr. *Lange* hat sich in München,

Dr. *Bostroem* in Leipzig habilitiert.

Dr. *H. Se lert*, Priv.-Doz. in Berlin,

Dr. *Fel. Stern*, Priv.-Doz. u. Oberarzt der psychiatr. Klinik in Götting

Dr. *Albr. Wetzel*, Priv.-Doz. in Heidelberg,

Dr. *E. Siefert* u.

Dr. *Max Kaufmann*, Priv.-Dozenten in Halle, haben die Dienstbezei nung ao. Professor erhalten.

Dr. *Ernst Jendrassik*, Prof. in Budapest, ist am 20. 12. 1921 im 63. Lebe jahre,

Dr. *Wilh. Sander*, Geh. Med.-Rat, von 1887—1914 Dir. von Dalld am 5. 1. 1922 im 84. Lebensjahre zu Charlottenburg, wo er Ruhestande lebte,

Dr. *Friedr. Zierl*, Med.-Rat, früher Oberarzt in Irsee, 72 Jahre alt Januar, und

Dr. *Ludw. Hügel*, Dir. in Klingenmünster, nach kurzer Krankheit Alter von 45 Jahren ebenfalls im Januar gestorben.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH · BONHOEFFER BERLIN · FISCHER WIESLOCH · KLEIST FRANKFURT A. M. · MERCKLIN TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG · STRANSKY WIEN

DURCH

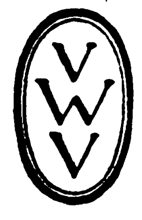
HANS LAEHR

WERNIGERODE-NÖSCHENRODE A. H., MÜHLENTAL 3

ACHTUNDSIEBZIGSTER BAND

DRITTES UND VIERTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 10. JULI 1922



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & Co.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1922

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

3./4. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Über Schädelinhalt, Hirngewicht und Groß-Kleinhirngewicht bei Epileptischen u. Schwachsinnigen.

Von

San.-Rat Dr. **Rudolf Ganter**, Wormditt (Ostpr.).

Für die Untersuchungen über die Gewichtsverhältnisse des Gehirns bedeutet das Verfahren der Würzburger psychiatrischen Klinik einen erheblichen Fortschritt. Bisher hatte man immer nur mit absoluten Gewichtszahlen gerechnet. Dies Verfahren mag hingehen bei größeren Untersuchungsreihen normaler Fälle, z. B. zu anthropologischen Zwecken, es ist aber mit zu vielen Fehlern verbunden, wenn es sich um zahlenmäßig geringere und pathologische Fälle handelt. Manch zweifelhafter Schluß ist aus einer derartigen Untersuchung abgeleitet worden. *Reichardt* betont nun in seinen Abhandlungen [1]), daß nur das relative Hirngewicht Wert habe, relativ in bezug auf den Schädelraum als einen unveränderlichen Teil des Körpers. Auch Körpergröße und Körpergewicht werden dort als Vergleichsmaße herangezogen.

Um zunächst das von uns angewandte Verfahren zu beschreiben, bestimmen wir den Inhalt der Schädelhöhle durch Eingießen von Wasser, wie es *Reichardt* angibt, nur weichen wir darin von ihm ab, daß wir die Dura nicht aus dem Schädel entfernen, sondern mit der Dura des Daches, nachdem wir das Foramen magnum und noch die eine oder andere Öffnung mit Kitt abgedichtet haben, die hintere Schädelgrube ausstopfen. *Reichardt* entfernt die ganze Dura bis auf den die vordere und mittlere Schädelgrube überziehenden Teil, weil er sie für die Berechnungen für gleichgültig hält. Wir haben uns dieser Anschauung nicht anschließen können. Wir kommen weiter unten noch einmal darauf zurück.

Die Sektion des Kopfes wurde vor Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle gemacht, da so am besten das Abfließen des Wassers aus der Schädelbasis ins Innere verhütet wird.

Das Gehirn haben wir als Ganzes gewogen, nur bei den großen, schwappenden Hydrozephalenhirnen ließ sich das Abfließen des Wassers bei der Herausnahme des Gehirns aus dem Schädel nicht vermeiden. Dann wurde das Kleinhirn samt Brücke durch Trennung der Hirnschenkel

[1]) *Reichardt*, Arbeiten aus der psych. Klinik in Würzburg. Jena. H. 1 u. 4, 1906 u. 1909.



am Eintritt in die Brücke durchschnitten. Dasselbe geschah mit der Kleinhirnbrückenbahn. Nachdem wir nun auch die Hemisphären längs des Balkens durchschnitten hatten, wurden die einzelnen Teile (mit der Pia) gewogen.

Was die Fälle selbst betrifft, so handelt es sich um 161 Epileptische und 101 Schwachsinnige oder Idioten, deren Sektion zu machen ich im Laufe der Jahre Gelegenheit hatte.

Tabelle I. Inhalt des Schädels.

	1—10 Jahre		11—20 Jahre		21—30 Jahre		31—40 Jahre		41—50 Jahre		51—60 Jahre		61—80 Jahre			
	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.		
3400	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
2650	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
2380	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
2185	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	
2010	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
2005	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	
1900—2000	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	
1800—1900	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1700—1800	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
1600—1700	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1500—1600	—	—	2	2	3	—	1	3	—	—	—	—	—	—	11	
1400—1500	—	—	4	—	4	1	1	2	1	2	1	—	2	—	18	
1300—1400	—	—	4	3	3	—	6	1	3	—	1	2	4	—	27	205 = 78,5 %
1200—1300	1	2	10	6	12	2	8	1	4	1	7	1	1	1	57	
1100—1200	—	2	3	8	11	3	8	1	6	1	4	—	2	2	51	
1000—1100	1	4	3	10	5	3	5	1	3	2	1	2	1	—	41	
900—1000	3	3	2	2	4	3	6	1	1	1	—	—	—	—	26	
800—900	1	1	2	2	1	4	1	—	—	—	—	1	—	—	13	
700—800	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	4	
600—700	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
500—600	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
400—500	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
	6	12	31	41	44	18	36	15	18	7	14	6	10	3	261	

1. Inhalt des Schädels. — Tab. I gibt den Schädelinhalt in ccm. Der größte Inhalt beträgt 3400, der kleinste 475. Die 7 ersten Fälle mit einem Inhalt von 3400—1700 sind Wasserköpfe. Unter den 3 Fällen mit einem Inhalt von 1700—1800 (1 Fall von Ep. + Id., 1 Id., 1 Ep. + Imbez.) war bei den beiden ersten ein beträchtlicher Hydrocephalus internus vorhanden, während dies bei dem letzten Fall nicht zutraf. Schädelraum und Hirn waren hier an sich groß. Offenbar stehen wir hier an der Grenze zum Normalen hin. Schwieriger ist die Begrenzung nach unten, gegen die Mikrozephalie hin. Am sichersten werden wir gehen, wenn wir den klinischen und pathologisch-anatomischen Befund vergleichen. Unter den 26 Fällen mit einem Inhalt von 900—1000 finden sich 16 als epileptisch bezeichnete Fälle. Diese Fälle sind aber mit Ausnahme von zweien zu-

gleich idiotisch. Unter den 5 epileptischen Fällen mit einem Inhalt von 800—900 sind sämtliche auch idiotisch. Des weiteren folgen nur noch Fälle von Idiotie. Wir glauben also die Grenze gegen die Mikrozephalie hier bei 1000 ansetzen zu dürfen. Die Normalzahl würde sich dann zwischen 1000—1600 ccm bewegen, einem Inhalt, den 205 = 78,5 % unserer Fälle aufweisen. Unter diesen Fällen wiederum besitzt die Mehrzahl einen Schädelraum von 1100—1300 ccm.

Tabelle II. Schädelinhalt bei den Epileptischen und Idioten.

ccm	Ep.	Id.
3400	—	1
2650	—	1
2380	—	1
2185	—	1
2010	—	1
2005	—	1
1900—2000	—	1
1800—1900	—	—
1700—1800	2	1
1600—1700	—	—
1500—1600	6 = 3,7 %	5 = 4,9 %
1400—1500	13 = 8,1 %	5 = 4,9 %
1300—1400	21 = 13,2 %	6 = 5,9 %
1200—1300	43 = 27,0 %	13 = 12,8 %
1100—1200	34 = 21,4 %	17 = 16,8 %
1000—1100	19 = 11,9 %	22 = 21,7 %
900—1000	16 = 10,0 %	10 = 9,9 %
800—900	5 = 3,1 %	8 = 7,9 %
700—800	—	4
600—700	—	2
500—600	—	—
400—500	—	1
	159	101

Aus der Tab. II ersehen wir, daß der größte Prozentsatz unter den Epileptischen einen Schädelinhalt von 1200—1300 ccm hat, der bei den Idioten einen solchen von 1000—1100 ccm. Es bleiben also, was den Schädelraum betrifft, die Schwachsinnigen im großen ganzen hinter den Epileptischen zurück, was noch auffälliger wird, wenn man bedenkt, daß auch die Fälle von Epilepsie mit einem Inhalt von 1000 und darunter eigentlich Idioten sind. Die Wasserköpfe bilden hier natürlich eine Rubrik für sich.

Literaturangaben können wir zum Vergleich nicht heranziehen. *Vierordt* [1]) bringt zwar ein paar Zahlen, es fehlen aber Angaben, wie es mit der Dura gehalten wurde. *Reichardt* hat, wie schon erwähnt, die

[1]) *Vierordt*, Daten u. Tabellen 3. A. Jena 1906.



Dura als bedeutungslos entfernt, so daß seine Befunde mit den unsern nicht vergleichbar sind.

2. Gehirngewichte. — Reichlicher fließen die Quellen, wenn es sich um das Gewicht des Gehirns handelt. *Pfister* [1]) nimmt als Mittelzahl 1000—1600 g an. Den Angaben *Kaufmanns* [2]) entnehmen wir, daß das Durchschnittsgewicht beim Manne 1360, beim Weibe 1220 g beträgt. *v. Hansemann* beschrieb eine echte Megalenzephalie bei einem 16 jährigen Knaben mit einem Hirngewicht von 1860 g, *Kaufmann* selbst stellte bei einem 16 jährigen, geistig sehr regen Knaben ein solches von 1700 g fest. Übergroße Hirngewichte werden von einigen berühmten Männern angegeben: Byron 1807, Cromwell 2000, Turgenjeff 2012 g. Unter unseren Fällen fand sich das Höchstgewicht von 1657 g bei einem 27 jährigen Epileptiker, der vielleicht auch als imbezill gelten konnte. Die Gehirne unserer Fälle mit einem Gewicht von 1500—1600 g gehören 6 Epileptischen und nur einem Idioten an [3]). Unter den Epileptischen ist ein Fall von Tumor, die übrigen Gehirne sind an sich schwer. 11 Fälle von Epilepsie haben ein Gewicht von 1400—1500 g. Darunter sind 2 Fälle von Epilepsie + Idiotie mit einem ziemlich starken Hydrocephalus internus. In den übrigen Fällen ist das Gehirn an sich schwer. In 4 Fällen von

Tabelle III. Gehirngewichte.

Hirngewicht	1—10 Jahre		11—20 Jahre		21—30 Jahre		31—40 Jahre		41—50 Jahre		51—60 Jahre		61—80 Jahre			
	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.		
1657	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
1500—1600	—	—	2	—	2	—	1	1	1	—	—	—	—	—	7	
1400—1500	—	—	2	3	4	—	3	4	1	—	—	—	1	—	18	
1300—1400	1	—	6	3	6	—	5	2	4	3	3	2	2	—	37	
1200—1300	—	—	10	6	10	6	8	2	6	—	6	—	1	—	55	183 = 69,8%
1100—1200	2	2	1	8	7	2	10	—	5	2	4	3	5	2	53	
1000—1100	—	2	6	11	6	2	5	1	2	1	1	—	1	—	38	
900—1000	1	5	—	—	4	5	4	2	1	—	—	—	—	1	23	
800—900	2	1	4	5	3	1	—	2	—	—	—	1	—	—	19	
700—800	—	1	—	1	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—	6	
600—700	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
500—600	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	
	6	11	31	41	44	18	36	15	20	7	14	6	10	3	262	

Idiotie mit einem Gewicht von 1400—1500 g bestand ein ziemlich starker Hydroceph. int. Von 1400 g abwärts beginnt wohl die normale Schwere des Gehirns. Wo aber hört sie auf? Von wo ab dürfen wir von patho-

[1]) Bei *Reichardt*, H. 1 S. 37.

[2]) *Kaufmann*, Lehrb. d. spez. path. Anat. Bd. II S. 1130. 6. A. 1911.

[3]) Nach Hahn (diese Z. 69, S. 853) sind schwerere Gehirne unter den Epil. nicht selten. Er fand bei 52,6 % seiner m. u. bei 19 % seiner w. Epil. ein Hirngewicht von über 1350 g, 6 M. hatten ein solches von über 1700 g.

logischer Kleinheit reden? In die Fälle mit einem Gewicht von 900 bis 1000 g teilen sich 10 Epileptische und 13 Idioten. Alle 10 Epileptischen sind aber zugleich Idioten, deren Gehirn in 7 Fällen Mikrogyrie zeigt. Wir werden also nicht fehlgreifen, wenn wir die niedrigste Gewichtsgrenze eines normalen Hirns auf 1000 g ansetzen. 9 Fälle von Epilepsie + Idiotie haben ein Gewicht von 800—900, einer ein solches von 700—800 g. Das niedrigste Hirngewicht bieten 2 Idioten: 522 g, 16jähriger Idiot, und 569 g, 32jährige Idiotin.

Das Hirngewicht bewegt sich in der Mehrzahl unserer Fälle (183 = 69,8 %) und in den Grenzen von 1000—1400 g und mag als normaler Durchschnitt gelten. Die untere Grenze stimmt demnach mit der erwähnten Angabe *Pfisters* überein, dagegen nimmt er als obere Grenze 1600 g an.

Tabelle IV. Hirngewichte bei den Epileptischen und Idioten.

Hirngewicht	Ep.	Id.
1657	1	—
1500—1600	6	1
1400—1500	11 = 6,8 %	7 = 6,9 %
1300—1400	27 = 16,7 %	10 = 9,9 %
1200—1300	41 = 25,4 %	14 = 13,8 %
1100—1200	34 = 21,1 %	19 = 18,8 %
1000—1100	21 = 12,4 %	17 = 16,8 %
900—1000	10 = 6,1 %	13 = 12,8 %
800— 900	9	10
700— 800	1	5
600— 700	—	3
500— 600	—	2
	161	101

Nach der Tab. IV hat von den Epileptischen die Mehrzahl ein Hirngewicht von 1100—1300 g, von den Idioten ein solches von 1000—1200 g. Das Hirngewicht ist also bei den Idioten im allgemeinen etwas niedriger.

3. Beziehung des Hirngewichts zum Schädelinhalt. — Um diese Beziehung festzustellen, berechnet *Reichardt* den Unterschied zwischen der Raumzahl des Schädels und der Gewichtszahl des Gehirns in Prozenten. Eine Differenz von 12—14 % ist nach ihm als normal anzusehen. Die Grenzen nach dem Pathologischen hin stehen nach ihm aber noch nicht fest, so daß er nicht sagen kann, ob eine Differenz von 10 % und 20 % noch normal ist oder nicht (H. 1, S. 38). Wir hatten anfangs die Absicht, dieser Berechnung zu folgen, mußten aber davon Abstand nehmen, da, weil wir die Dura im Schädel beließen, die Differenz in den meisten Fällen so gering ausfiel, daß man sie nicht mehr gut in Prozenten ausdrücken konnte. Wir haben darum zu einer andern Berechnung unsere Zuflucht genommen. Wir haben für jeden einzelnen Fall die Zahl für den Schädelinhalt und für das Hirngewicht auf 100 cm der Körpergröße berechnet und den Unterschied dieser beiden Zahlen

(Differenzzahl) festgestellt. Wie aus der Tab. V hervorgeht, bewegt sich für die Mehrzahl der Fälle diese Differenz zwischen 1 und 60, und zwar fällt der Unterschied bald zugunsten der Schädelhöhle, bald zugunsten des Gehirns aus. Wir wollen uns nun die einzelnen Fälle, besonders solche mit erheblichen Abweichungen, etwas näher ansehen, vielleicht lassen sich daraus bestimmte Tatsachen ableiten.

Tabelle V. Differenz der auf 100 cm Körpergröße berechneten Schädelinhalts- und Hirngewichtszahlen.

Differenzzahl	Ep.		Id.	
	Größer zugunsten der Schädelhöhle Zahl der Fälle	Größer zugunsten des Gehirns Zahl der Fälle	Größer zugunsten der Schädelhöhle Zahl der Fälle	Größer zugunsten des Gehirns Zahl der Fälle
1—20	24	26	23	11
21—40	14	24	8	10
41—60	10	16	9	6
61—80	9	5	2	3
81—100	3	4	8	—
101—150	8	5	4	—
151—200	3	1	4	1
201—250	—	—	—	—
251—300	—	—	—	—
301—350	—	—	1	1
351—400	—	—	1	—
401—450	2	—	1	—
451—500	—	—	—	—
501—550	—	—	—	—
551—600	—	—	2	—
601—650	—	—	1	—
651—700	—	—	—	—
701—750	—	—	—	—
751—800	—	—	1	—
801—850	—	—	—	—
851—900	—	—	1	—
1361	—	—	1	—
	73	81	67	32

Im folgenden bringen wir zunächst einige Beispiele, in denen die Differenzzahl zugunsten der Schädelhöhle erheblich ist. Wir führen Körpergröße, Schädelinhalt und Hirngewicht an, lassen aber hier die Ausrechnung auf die 100 cm Körpergröße weg und setzen gleich die Differenzzahl her.

Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenzzahl	Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenzzahl
100	950	828	122 Ep. + Id.	115	1005	923	111 Id.
108	1290	1198	85 Ep. + Id.	134	1410	1250	119 Ep. + Id.
86	990	925	84 Id.	156	1350	1243	68 Ep. + Id.
95	1130	978	160 Id.	162	1250	1225	128 Ep. + Id.

Das mehr oder weniger erhebliche Überwiegen der Differenzzahl zugunsten der Schädelhöhle rührt davon her, daß ein mehr oder weniger großer Hydroceph. ext., zumTeil auch int., bestand, wodurch der Unterschied zwischen Schädelraum und Größe des Gehirns wächst. Den größten Unterschied finden wir bei den Hydrozephalen mit einer Differenz von 874, 773, 617, 588, 561, 447, 373, 361, 92. Trotz Wasserabfluß waren aber die Gehirne dieser Fälle mit 2 Ausnahmen schwer: 1452, 1450, 1405, 1343, 1329, 1290, 1175, 983, 854 g.

Etwas anders liegen die Verhältnisse in den folgenden 4 Fällen:

Größe	Inhalt	Hirn-gewicht	Differenz	Größe	Inhalt	Hirn-gewicht	Differenz
89	1010	718	328 Id.	163	1220	1020	123 Ep. + Id.
139	1375	1309	47 Ep.	158	1115	860	162 Id.

Im ersten Falle handelt es sich um eine doppelseitige Porenzephalie, im zweiten um einen starken Hydroceph. int., im dritten und vierten Falle war die linke Hemisphäre kleiner: alles Umstände, die die Differenz zugunsten der Schädelhöhle vergrößern.

In den folgenden Fällen ist die Differenzzahl zugunsten des Hirngewichts vergrößert:

Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenz	Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenz
134	1280	1343	— 49	146	1195	1212	— 12
107	1215	1275	— 145	157	1360	1458	— 62
137	1495	1385	— 80				

Bei Nr. 1, 2 (Ep. + Id.) und 5 (Id.) verzeichnete ich im Sektionsprotokoll: Gehirn auffallend groß und schwer. Bei Nr. 3 (Ep.) lag ein kleinbirngroßes Gliom vor, die Gehirnoberfläche war sehr trocken, die Windungen platt. Bei Nr. 4 (Ep. + Id.) bestand eine Sklerose des Gehirns (einer der seltenen Fälle von Hirnsklerose, Epinephrom und Acne sebacea).

Nach diesen Befunden gibt es wohl an sich abnorm große und schwere Gehirne. Ob diese mehr für die Epilepsie oder die Idiotie charakteristisch sind, läßt sich an unseren Fällen nicht entscheiden, da derartige Fälle überhaupt selten sind.

Häufiger dagegen sind die Fälle von Mikrokephalie, in denen die Differenzzahl zugunsten des Gehirns überwiegt, wie die folgende Zusammenstellung zeigt.

Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenz	Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenz
160	665	700	— 22	153	775	820	— 30
153	855	910	— 37	115	985	1150	— 144
153	895	965	— 45	76	940	1055	— 151
153	920	982	— 40	150	475	522	— 32
145	910	949	— 27	160	900	1074	— 108

In 6 von diesen 10 Fällen bestand eine mehr oder weniger ausgedehnte Mikrokephalie, während die Pia zart und kein Hydroceph. int. vorhanden war, wodurch etwa die Differenz hätte beeinflußt werden können. Es ist also wohl der Schluß gestattet, daß in Fällen von Mikrokephalie das Gehirn verhältnismäßig schwer ist.



Reichardt hat die Lehre von der „Hirnschwellung“ aufgestellt. Er vermutet, daß diese Hirnschwellung auch die Ursache des Todes im Status oder Anfall sein könne. Wir verfügen über 13 im Status (nur 2 davon im Anfall) gestorbene Fälle, wovon bei 9 jene Erklärung vielleicht zutrifft. Bei diesen Fällen überwiegt die Differenzzahl des Gehirns:

Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenz	Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenz
152	1020	1200	— 99	166	1135	1193	— 35
138	1235	1320	— 25	183	925	1189	— 144
153	1215	1276	— 40				
163	1275	1484	— 28	144	990	1175	— 129
149	1185	1284	— 67	157	1270	1368	— 62

In einem dieser Fälle war das Gehirn sklerotisch, in zweien bestand Mikrogyrie. Man kann also wohl sagen, daß es sich um große und schwere Gehirne handelte, daß es in solchen vielleicht eher zum Status kommt und dieser infolge der Raumbeengung eher den Tod verursacht.

Nun fällt aber in den folgenden 4 Fällen von Status ganz im Gegenteil die Differenzzahl zugunsten der Schädelhöhle aus.

Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenz	Größe	Inhalt	Hirngewicht	Differenz
139	1430	1331	72	145	840	802	24
146	1095	1089	4	159	1310	1200	33

Wie ist dieser Gegensatz zu erklären? In diesen Fällen bestand ein mehr oder weniger großer Hydroceph. ext. und int. Fließt da viel Wasser ab, so wird die Differenz zugunsten der Schädelhöhle größer werden. Für das Zustandekommen eines Status wird es gleichgültig sein, ob der Raum im Schädel durch Wasser oder durch ein an sich großes und schweres Gehirn ausgefüllt wurde, bei der Sektion führt das aber zu einem verschiedenen Ergebnis.

Damit sind wir auf die wunde Stelle bei derartigen Untersuchungen getroffen. Bald besteht ein mehr oder weniger großer Hydroceph. ext. und int., der Hydroceph. ext. entleert sich gleich bei der Sektion, der Hydroceph. int. fließt bald aus, bald nicht, die Pia ist oft stark verdickt, ihr Gewicht kann nach *Reichardt* von 40—60 g auf 70—90 g, bei gleichzeitigem Vorkommen eines Hydroceph. int. bis 150 und 200 g ansteigen: alles Umstände, die die Genauigkeit und Sicherheit der Untersuchung in ungünstigem Sinne beeinflussen und dazu zwingen, nur gröbere Abweichungen zu berücksichtigen.

In 62 Fällen haben wir das Gehirngewicht mit und ohne Pia festgestellt, in 58 Fällen davon, in denen der Unterschied unter 100 g lag, betrug er im Durchschnitt 53, in 4 Fällen mit über 100 g Unterschied, im Durchschnitt 110 g. Der größte Unterschied belief sich auf 123 g.

Bei dieser Sachlage dürfte es sich für künftige Untersuchungen empfehlen, das Hirngewicht ohne Pia und nach Entleerung eines etwaigen Hydroceph. int. der Berechnung zugrunde zu legen. Will man Schlüsse auf Hirnschwellung ziehen, so muß man außerdem, wie *Reichardt* angibt, die Pia und das abfließende Wasser besonders wägen.

4. Das Verhalten der Dura. — Die weitere Frage ist nun die: Was soll mit der Dura geschehen? Nach *Pfister* (bei *Reichardt* H. 1 S. 32)



ist die Dura nach Dicke und Volumen sehr wechselnd. In letzter Zeit aben wir in 10 Fällen den Rauminhalt des Schädels mit und ohne Dura emessen und folgende Zahlen erhalten:

mit Dura	1100	1010	631	0370	1250	1130	1050	920
ohne „	1120	1080	690	1390	1310	1160	1090	960
Unterschied ..	50	70	60	20	60	30	40	40

Wenn man die Dura mit einiger Berechtigung vernachlässigen zu önnen glaubt, so müßte eine gewisse Beziehung in den Raumverhältissen der Dura zu der Schädelhöhle bestehen, d. h. die Unterschiedsahlen des Schädelraumes mit und ohne Dura müßten in einem bestimmten Verhältnis zueinander stehen. Die obigen Zahlen sprechen aber nicht lafür, daß dem so ist. So enthält z. B. ein Schädelraum ohne Dura 1080 ccm (mit Dura 1010), der Unterschied betrug 70 ccm, bei einem viel größeren Schädelraum, z. B. 1390 ccm ohne Dura (1250 mit Dura) nur 20 ccm. Man sollte doch denken, daß mit dem größeren Schädelraum auch die Unterschiedszahl größer werden würde.

Tabelle VI. Durchschnittsgewichte der Dura, berechnet für einen bestimmten Schädelinhalt.

Schädelinhalt in ccm	Durchschnittsgew. der Dura bei Epil.	Durchschnittsgew. der Dura bei Id.
3400	—	51
2185	—	62
2010	—	62
2005	—	64
1700—1800	69	46
1500—1600	59	53
1400—1500	58	54
1300—1400	58	51
1200—1300	52	52
1100—1200	51	45
1000—1100	45	44
900—1000	44	41
800—900	43	42
700—800	—	36
600—700	35	36
400—500	—	24

Wir haben weiterhin das Gewicht der Dura bestimmt. Tab. VI bringt den Durchschnitt der Duragewichte für die einzelnen Gruppen der verschiedenen Schädelräume. Im allgemeinen beobachtet man ein Ansteigen des Duragewichtes von den kleineren bis zu den größeren Schädelräumen hin. Vergleicht man aber die einzelnen Gewichte der Gruppen untereinander, so erhält man die größten Abweichungen. Bei einem Schädelraum von 1300—1400 ccm wiegt die Dura 55, 54, 47, 66, 72, 58, 49, 82, 62, 45, 65, 49, 72 g usw., bei einem Schädelraum von 1100



bis 1200 ccm: 44, 66, 40, 49, 57, 65, 59, 46, 54, 52 g usw. Fehler laufen natürlich auch hier mit unter, da die Dura ja nicht immer restlos zu entfernen ist. Trotzdem glauben wir, daß die Zahlen im Sinne eines erheblichen Schwankens der Duragewichte bei gleichem oder fast gleichem Schädelraum gedeutet werden können, die Dura also bei Messungen nicht außer acht gelassen werden darf.

5. Das Verhältnis des Kleinhirns zum Großhirn. — Tab. VII bringt die Kleinhirngewichte für die einzelnen Jahrzehnte. Die Mehrzahl der Fälle weist ein Gewicht auf zwischen 110 und 130 g, nicht viel zurück stehen die Fälle mit einem Gewicht von 130—150 g, eine Zahl, die von den Autoren als Durchschnitt für das Kleinhirngewicht angesehen wird. Geringer ist die Zahl der Fälle mit einem Gewicht von über 150 und unter 110 g. Das höchste Kleinhirngewicht von 170 g besitzt unter unseren Fällen ein Idiot. In der Literatur wird als das höchste Gewicht 200 g angegeben. *Reichardt* [1]) fand unter seinen Fällen als Höchstgewicht 185 g. Das niedrigste Kleinhirngewicht von 29 g besitzt bei uns eine 26jährige mikrozephale Idiotin. In der Literatur ist als das niedrigste Gewicht 60 g verzeichnet. *Reichardt* fand als das niedrigste Gewicht 80 g.

In Tab. VIII geben wir einen Vergleich der Kleinhirngewichte bei Epileptischen und Idioten. Die höheren Gewichte kommen in einem fast doppelt so großen Prozentsatz den Epileptischen zu. Die Gewichte zwischen 110 und 150 g verteilen sich annähernd gleichmäßig auf beide Krankheitsgruppen, während die niedrigen Gewichte von 110 g abwärts in einem etwa doppelt so großen Prozentsatz auf die Idioten entfallen. Der Prozentsatz fällt noch größer aus, wenn man bedenkt, daß unter den Epileptischen mit niedrigem Gewicht auch noch eine Anzahl Idioten sind.

Tabelle VII. Kleinhirngewichte.

Kleinhirngewicht	1—10 Jahre		11—20 Jahre		21—30 Jahre		31—40 Jahre		41—50 Jahre		51—60 Jahre		61—80 Jahre			
	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.		
160—170	—	—	—	1	4	—	—	1	—	—	—	—	1	—	7	42 = 15,9 %
150—160	—	—	7	2	9	—	7	2	3	2	1	2	—	—	35	
140—150	1	1	4	3	2	5	4	3	5	1	4	1	—	—	34	83 = 31,5 %
130—140	1	—	5	7	12	4	5	4	6	—	2	2	1	—	49	
120—130	1	1	6	9	10	1	5	—	2	2	1	—	5	2	45	91 = 34,6 %
110—120	1	3	5	7	8	4	8	1	2	—	6	—	—	1	46	
100—110	1	3	2	6	4	1	5	1	2	1	—	1	1	1	29	47 = 17,8 %
90—100	1	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	4	
80—90	—	1	1	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	8	
70—80	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	
69	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
51	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	
29	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
	6	11	31	37	50	18	36	15	20	7	14	6	8	4	263	

[1]) Reichardt (diese Z. 63, S. 183). S. auch die erwähnten Arbeiten der Würzburger Klinik.

Tabelle VIII. Kleinhirngewichte bei den Epileptischen und Idioten.

Kleinhirngewicht	Ep.		Id.	
160—170	5	32 = 19,4 %	2	10 = 10,2 %
150—160	27		8	
140—150	20	52 = 31,5 %	14	31 = 31,6 %
130—140	32		17	
120—130	30	60 = 36,3 %	15	31 = 31,6 %
110—120	30		16	
100—110	15	21 = 12,7 %	14	26 = 26,5 %
90—100	1		3	
80— 90	4		4	
70— 80	1		2	
69	—		1	
51	—		1	
29	—		1	
	165		98	

Wir haben unseren Berechnungen bisher die absoluten Kleinhirngewichtszahlen zugrunde gelegt. *Reichardt* hebt nun in seinen Abhandlungen hervor, daß die absolute Zahl nicht viel besage, daß wir erst einen besseren Einblick in die Verhältnisse gewinnen, wenn wir das Kleinhirngewicht in Beziehung setzen zum Großhirngewicht. Er teilt deshalb das Gewicht des Großhirns durch das des Kleinhirns und gewinnt so den Groß-Kleinhirnquotienten, den er für normale Fälle auf 7—8,5 ansetzt. Wir sind diesem Verfahren gefolgt und glauben nach der Tab. IX als normal den Quotienten 7—8 betrachten zu dürfen. Darnach haben von unseren Fällen 63,4 % einen normalen Groß-Kleinhirnquotienten.

Tabelle IX. Groß-Kleinhirnquotient.

Quotient	1—10 Jahre		11—20 Jahre		21—30 Jahre		31—40 Jahre		41—50 Jahre		51—60 Jahre		61—80 Jahre			
	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.	Ep.	Id.		
22	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
13	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
12	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
11	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	4	
10	—	2	—	—	2	1	1	—	2	—	—	—	—	—	8	
9	1	1	4	7	6	1	6	3	1	2	4	—	—	1	37	
8	2	4	10	12	16	4	17	7	5	3	4	1	6	1	92	175 = 63,4 %
7	2	2	10	12	15	7	8	4	10	1	5	4	3	—	83	
6	1	1	4	5	6	3	3	—	2	1	1	1	—	—	28	
5	—	1	—	4	3	—	—	1	—	—	—	—	—	5	14	
4	—	—	1	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	
3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
	6	11	31	46	50	18	36	15	20	7	14	6	9	7	276	



Bei der Gegenüberstellung der Quotienten bei Epileptischen und Idioten auf der Tab. X sehen wir, daß der normale Quotient bei den Epileptischen häufiger ist als bei den Idioten. Bei den hohen und niedrigen Quotienten dagegen überwiegt die Idiotie, was noch deutlicher werden würde, wenn wir die Fälle von Epilepsie + Idiotie zur Idiotie gerechnet hätten.

Tabelle X. Der Groß-Kleinhirnquotient bei den Epileptischen und Idioten.

Quotient	Ep.		Id.	
22	—		1	22 = 20,0 %
13	1	30 = 18,0 %	—	
12	—		1	
11	2		2	
10	5		3	
9	22		15	
8	60	113 = 68,0 %	32	62 = 56,3 %
7	53		30	
6	17	23 = 13,8 %	11	26 = 23,6 %
5	3		11	
4	3		3	
3	—		1	
	166		110	

Um einen besseren Einblick in die näheren Beziehungen zwischen Groß- und Kleinhirn zu geben, mögen im folgenden wenigstens diejenigen Gewichtszahlen angeführt werden, deren Quotient entweder über oder unter der Normalzahl 7 und 8 liegt.

Quotient 22.

1. 651 : 29. Id., 26 J. alt. Mikrozephalie. Das Kleinhirn platt, jede Hälfte etwa dreimarkstückgroß.

Quotient 13.

2. 1174 : 89. Ep. + Id., 17 J. alt. + i. Status. Zahlreiche Nebenwindungen des Großhirns.

Quotient 12.

3. 1034 : 86. Id., 13 J. alt.

Quotient 11.

4. 876 : 79. Ep. + Id., 18 J. alt. L. Großhirnhemisph. <.
5. 815 : 69. Id., 39 J.
6. 943 : 83. Ep. + Id., 31 J. Mikrogyrie.

Quotient 10.

7. 772 : 77. Ep. + Id., 8 J.
8. 951 : 90. Ep. + Id., 10 J.
9. 916 : 85. Ep., 25 J.
10. 1072 : 109. Ep. + Id., 23 J. Teilweise Mikrogyrie.
11. 1150 : 115. Id., 21 J. Hydrozeph.
12. 916 : 85. Ep. + Id., 31 J.
13. 1499 : 145. Ep. Gliom.
14. 1065 : 102 Ep., 49 J. Teilweise Mikrogyrie.

Quotient 9.

Hier bringen wir nicht sämt-

:he **Fälle,** sondern nur einige charakteristische Beispiele.

5. **813 : 93.** Ep. + Id., 9 J.
5. **875 : 89.** Ep. + Id., 2 J. Gehirn ziemlich groß.
7. **1136 : 114.** Ep. + Id.
3. **1168 : 128.** Ep. + i. Stat. Hirnsklerose.
9. **1210 : 133.** Ep.
0. **1125 : 118.** Id. Gehirn auffallend groß und schwer.
1. **905 : 88.** Id., 15 J. Spastische Lähmung.
2. **1226 : 139.** Id. Gliom.
3. **1285 : 145.** Id. Hydrozeph.
4. **1447 : 158.** Ep.
5. **1137 : 117.** Ep.
26. **935 : 110.** Ep. L. Großhirn-Hemisph. <.
27. **1237 : 140.** Id. Hydrozeph.
28. **475 : 51.** Id., 32 J. Mikrozeph.
29. **906 : 102.** Ep. + Id. Mikrogyrie. Das Kleinhirn wird knapp von den Hinterhauptslappen bedeckt.

Quotient 6.

30. **685 : 112.** Ep. + Id., 6 J.
31. **750 : 127.** Id., 6 J.
32. **1045 : 156.** Ep. + Id., 19 J.
33. **860 : 132.** Ep., 15 J.
34. **696 : 107.** Ep., 19 J.
35. **682 : 118.** Ep. + Id., 19 J. Mikrogyrie.
36. **697 : 110.** Id., 11 J.
37. **656 : 106.** Id., 15 J.
38. **947 : 150.** Id., 19 J.
39. **802 : 137.** Ep. + Id. L. Großhirnhem. <.
40. **850 : 129.** Ep., 21 J.
41. **656 : 100.** Ep. + Id., 27 J. L. Großhirnhem. <.
42. **804 : 127.** Ep. + Id., 21 J. Porenzeph.
43. **767 : 125.** Ep. + Id., 28 J. L. Großhirnhem. <.
44. 837 : 146. Id., 27 J. Mikrozeph.
45. 791 : 136, Id., 22 J. Mikrozeph.
46. 751 : 132. Id., 15 J. Porenzeph.
47. 987 : 152. Ep., 34 J.
48. 934 : 147. Ep. + Id. R. Großhirnhem. <.
49. 768 : 119. Ep. + Id. R. Großhirnhem. <.
50. 939 : 148. Ep. 497. Enzeph. Herd.
51. 978 : 153. Ep., 41 J.
52. 874 : 158. Id., 48 J. Mikrogyrie.
53. 999 : 146. Ep., 53 J. Teilw. Mikrogyrie.
54. 861 : 148. Id., 59 J.

Quotient 5.

55. 583 : 118. Id., 7 J. Porenzeph.
56. 640 : 129. Id., 20 J. Mikrozeph.
57. 513 : 101. Id., 17 J. Porenzeph.
58. 661 : 124. Id., 17 J. Porenzeph.
59. 585 : 100. Id., 14 J. Porenzeph.
60. 905 : 162. Ep. + Id., 22 J.
61. 673 : 123. Id., 30 J. Porenzeph.
62. 659 : 134. Id., 34 J. Mikrozeph.
63. 494 : 102. Id., 70 J. Hydrozeph.

Quotient 4.

64. 679 : 143. Ep. + Id., 16 J. Mikrozeph.
65. 671 : 145. Id., 20 J. L. Großhirnhem. <. Kleinh. unbedeckt. Mikrozeph.
66. 460 : 122. Id., 17 J. Porenz. Mikrozeph.
67. 483 : 110. Id., 21 J. Hydrozeph.
68. 589 : 139. Ep. + Id., 19 J. Porenzeph.

Quotient 3.

69. 388 : 116. Id., 17 J. Mikrozeph. Kleinh. nur zur Hälfte bedeckt.

Die ersten 14 fast nur zur Idiotie gehörigen Fälle haben ein sehr kleines **Klein**hirn und dementsprechend einen hohen Quotienten. Für manche



Fälle wird die Erklärung darin zu suchen sein, daß aus irgendwelchen Gründen das Kleinhirn in seiner Entwicklung zurückgeblieben ist. Im Fall 13 ist das Gehirn schwer, und auch das Kleinhirn hat ein Gewicht von 145 g. Der Quotient 10 ist durch die infolge eines Glioms vermehrte Schwere des Großhirns bedingt. Sehr wechselnd finden wir das Kleinhirngewicht, wenn wir die Fälle mit dem Quotienten 9 miteinander vergleichen. Vielleicht ist, abgesehen von der Idiotie, das Kleinhirn in jungen Jahren verhältnismäßig leichter (Nr. 15 und 16). In andern Fällen wird der höhere Quotient durch eine auffallende Schwere (Sklerose) des Großhirns bedingt, während das Kleinhirngewicht noch innerhalb der Durchschnittsgewichtsgrenze liegt (Nr. 18 und 20).

Die niedrigen Quotienten haben in einem Teil der Fälle ihre Ursache in einer Schädigung des Großhirns (Zurückbleiben einer Großhirnhemisphäre, Porenzephalie). Das Kleinhirngewicht kann sich dabei in normalen Grenzen halten.

In 2 Fällen ist das Großhirn so in der Entwicklung zurückgeblieben, daß es kaum das Kleinhirn zur Hälfte deckt: Nr. 29 mit dem Quotienten 9, Nr. 69 mit dem Quotienten 3. Das Auseinandergehen dieser beiden Quotienten erklärt sich dadurch, daß im letzteren Falle das Kleinhirn immerhin noch verhältnismäßig schwer ist, wodurch der Quotient sinkt.

Die Fälle mit dem Quotienten 4 und 2 Fälle mit dem Quotienten 6 (Nr. 44 und 45) gehören der Mikrozephalie an. *Reichardt* sieht in dem abnorm niedrigen Quotienten bei höherem Kleinhirngewicht etwas für die Mikrozephalie Pathognomonisches. Für das Mikrozephalenhirn im ganzen haben unsere Untersuchungen ergeben, daß es im Vergleich zum Schädelraum abnorm schwer ist.

Die Fälle von Hydrozephalus (Nr. 11, 23, 27, 67) haben ein annähernd normales oder normales Kleinhirn, während der Quotient je nach dem Grade des Hydrozephalus wechselt.

Die folgenden Fälle seien als Beispiel gewählt für das gleichzeitige Bestehen eines hohen Groß- und Kleinhirngewichtes bei normalem Quotienten:

1381 : 160 = 8 Ep. 1107 : 165 = 7 Ep.
1171 : 164 = 7 Ep. 1199 : 170 = 7 Id.

Als besonders bemerkenswert heben wir den Fall mit dem höchsten Quotienten (22) und dem kleinsten Kleinhirngewicht (29 g) hervor. Das Kleinhirn dient ja bekanntlich dem Gleichgewicht. Während es wohl selten möglich ist, eine Gehstörung bei Idioten mit ihrem Kleinhirn in Verbindung zu bringen, kann man dies wohl im vorliegenden Fall mit einiger Wahrscheinlichkeit tun. Die 26 jährige Idiotin ging oder vielmehr schoß gerade aus, etwa wie eine aufgezogene Figur, etwas gekrümmt und die Arme vor sich haltend. Wenden ging langsam und unbehilflich vor sich.

Alles in allem genommen: Wenn uns auch der Groß-Kleinhirnquotient einen besseren Einblick in die Beziehungen des Kleinhirns zum Großhirn gewährt, so ist doch zu seiner richtigen Beurteilung auch die Kenntnis des absoluten Kleinhirngewichts notwendig, da der Quotient normal sein kann, während das Gewicht von Klein- und Großhirn abnorm

niedrig oder hoch ist; oder der Quotient ist abnorm hoch oder niedrig, das Kleinhirngewicht aber liegt in normalen Grenzen.

Zusammenfassung. — Die Mehrzahl unserer Fälle hat einen Schädelinhalt von 1000—1600 ccm, höchste Zahl 3400, niedrigste 375 ccm. Dem Schädelinhalt nach bleiben im allgemeinen die Idioten etwas hinter den Epileptischen zurück.

Die Mehrzahl besitzt ein Gehirngewicht von 1000—1400 g, höchste Zahl 1657, niedrigste 522 g. Das Hirngewicht bei den Idioten ist im allgemeinen etwas niedriger.

Die Beziehungen des Hirngewichts zum Schädelraum werden von uns durch die Differenzzahl festzustellen versucht (Unterschied des auf 100 cm Körperlänge berechneten Schädelraumes und Hirngewichts). Diese Zahl bewegt sich in der Mehrzahl der Fälle zwischen 1 und 60, wobei sie bald zugunsten des Schädelraumes, bald zugunsten des Hirngewichtes ausfällt. Sie ist von verschiedenen Umständen abhängig, wie Hydrozephalus, Porenzephalie, Entwicklungshemmung, abnorme Schwere des Gehirns. Besonders häufig fällt bei Mikrozephalie diese Differenz zugunsten des Gehirns aus, die Mikrozephalen besitzen also ein trotz seiner Kleinheit verhältnismäßig schweres Gehirn.

Bei mehreren der im Status gestorbenen Fälle steigt die Differenzzahl mehr oder weniger zugunsten des Gehirns an, weist also auf ein verhältnismäßig schweres Gehirn hin (vielleicht liegt hier Hirnschwellung im Sinne *Reichardts* vor).

Die Hydrozephalen haben meist auch nach Abfluß des Wassers ein ziemlich großes Hirngewicht.

Gewicht und Volumen der Dura sind großen Schwankungen unterworfen. Wir glauben sie bei Berechnungen hinsichtlich des Schädelraumes und Hirngewichtes nicht vernachlässigen zu dürfen.

Die Mehrzahl unserer Fälle hat ein Kleinhirngewicht zwischen 110 und 130 g, höchstes Gewicht 170, niedrigstes 29 g (26 jähr. mikrozeph. Idiotin). Die höheren Kleinhirngewichte kommen in einem fast doppelt so großen Prozentsatz den Epileptischen zu.

Der Groß-Kleinhirnquotient (Großhirn : Kleinhirn) beträgt für die Mehrzahl unserer Fälle 7 und 8. Bei den Epileptischen ist der normale Quotient häufiger als bei den Idioten, höchster Quotient 22, niedrigster 3. Bei den höheren und niedrigeren Quotienten überwiegt die Idiotie.

Der Quotient ist von verschiedenen Umständen abhängig, die teils im Großhirn, teils im Kleinhirn ihren Grund haben, und kann nur

bei gleichzeitiger Berücksichtigung des normalen Kleinhirngewicht
richtig gewertet werden.

Beim Mikrozephalenhirn erweist sich das Kleinhirn als verhältn
mäßig schwer.

Bei unseren Fällen von Hydrozephalie hält sich das Kleinhir
gewicht in normalen Grenzen, während die Größe des Quotienten vo
Grade des Hydrozephalus abhängig ist.

Über Wortneubildungen bei Geisteskranken.[1]).

Von

Fritz Berns, Medizinalpraktikant.

Die Wortneubildungen oder Neologismen gehören zu den interessantesten und merkwürdigsten Störungen, welche die Sprache Geisteskranker darbietet. Die Eigenart und das Rätselhafte dieses Phänomens mag wohl schuld daran sein, daß es, obwohl seit langem schon bekannt und beobachtet, einer gründlichen wissenschaftlichen Erforschung sich bislang entzogen hat. Die meisten Autoren weisen in ihren Lehrbüchern nur kurz auf die Erscheinung der Wortneubildungen hin und führen einige Beispiele dafür an, ohne indessen auf das Problem tiefer einzugehen. Es werden verschiedenartige Vermutungen über das Zustandekommen und Wesen der Neologismen geäußert. Man bemühte sich, ein Zusammenstellung derselben zu geben, ohne zu einer systematischen Einteilung zu gelangen.

In folgendem wird der Versuch gemacht, eine kurze Übersicht zu geben über die bezüglich der Neologismen bisher in der Literatur niedergelegten Ergebnisse und im Anschluß daran an der Hand von 5 Fällen einen kleinen Beitrag dazu zu liefern.

Was verstehen wir unter Wortneubildungen im psychiatrischen Sinne? Es sind sprachliche Produkte Geisteskranker, die hinsichtlich ihrer Form und ihres Inhaltes so sehr von dem Sprachgebrauche der normalen Menschen abweichen, daß sie diesen als fremd, unverständlich oder unsinnig erscheinen. Die Sprache eines Volkes als ein lebendiger, in steter gesetzmäßiger Entwicklung begriffener Mechanismus produziert ebenfalls Wortneubildungen und -umbildungen; diese entsprechen jedoch dem normalen Denken und Empfinden eines einzelnen oder der Allgemeinheit, sind in ihrer Entstehung und Bedeutung verständlich und werden oft von der Allgemeinheit übernommen, während die Produkte Geisteskranker als etwas der gesunden Psyche Unverständliches und Wesensfremdes abgelehnt werden.

[1]) Aus der Psych. und Nervenklinik Rostock-Gehlsheim (Dir. Prof. Dr. *Rosenfeld*).



Bei dem Versuch, eine systematische Einteilung der verschiedenen Arten von Wortneubildungen zu geben, kann man verschiedene Wege beschreiten. *Gallant* hat in seiner Arbeit über Neologismen (Arch. f. Psych. 1920) versucht, für eine Reihe von Geisteskrankheiten einen für die betreffende Krankheit charakteristischen Typ von Neologismen aufzustellen. Ob dieser Versuch zum Ziele führen kann, erscheint zunächst zweifelhaft, da die Abgrenzung der Krankheitsformen, namentlich der endogenen, noch auf unendliche Schwierigkeiten stößt und für die Entstehung von Neologismen vielleicht mehr das jeweils vorherrschende Zustandsbild maßgebend sein dürfte, als die Grundkrankheit. Je nachdem diese Zustandsbilder während einer Krankheit variieren, könnten vielleicht auch die bei ein und derselben Krankheit in die Erscheinung tretenden Neologismen recht verschiedener Natur sein.

Ein anderer Versuch, Verständnis für die Entstehung der Neologismen zu gewinnen, ist von *Kleist* in seiner Arbeit über „Aphasie und Geisteskrankheiten" (München. med. Wochschr. 1914, Nr. 1) gemacht worden. *Kleist* geht in seiner Zusammenstellung aus von den Herderkrankungen, die in ihren klinischen Erscheinungen sich als aphasische Sprachstörungen darstellen. Er zeigt, daß auf dem Boden derselben mehrere Typen von Neologismen entstehen, und legt dar, durch welche Gesetzmäßigkeiten diese zustande kommen. Von den lokalisierten, zur Aphasie führenden Krankheitsprozessen leitet er nun über zu den mehr diffusen Erkrankungen des Gehirns, die den Psychosen zugrunde liegen. Er legt dar, daß verschiedene Arten von Neologismen, die bei Geisteskrankheiten auftreten, denselben genetischen Gesetzen unterworfen zu sein scheinen wie die bei Aphatikern zu beobachtenden. Für die gesamten bei Aphatikern zustandekommenden Sprachstörungen stellt er zwei grundsätzlich verschiedene Formen auf: 1. die engraphische oder aphasische, 2. die koordinatorische oder paraphasische. Erstere beruht auf einen Verlust oder einer mangelnden Auslösbarkeit sprachlich-motorischer Erinnerungsspuren (Engrammkomplexe), die zweite in einer Inkoordination ihrer Entäußerung. Im einzelnen stellt er folgende für die Entstehung von Wortneubildungen in Betracht kommende Typen auf:

1. Die engraphische (aphasische) Form der Lautbildung und Lautzusammenstellung. Sie bedingt erschwerte oder aufgehobene Auslösbarkeit sowohl einzelner Laute, als auch deren Zusammenfügung zu Lautfolgen und Worten. Diese Störung bedingt sowohl eine qualitative Veränderung des Wortgebildes im Sinne einer Anwendung falscher Laute, als auch eine quantitative, wodurch meist eine Verkürzung und Vereinfachung desselben eintritt (Minusproduktion); ein Beispiel für eine so entstandene Wortneubildung wäre das Wort „Satefil" statt Zartgefühl.

2. Die koordinatorische oder paraphasische Störung der Lautfolge. Ihre Entstehung ist vermutlich gegeben durch Störungen zwischen motorischem Sprachzentrum und Wortklangbildzentrum, die das koordinierte Zusammenarbeiten beider Zentren beeinträchtigen und so die richtige Auffindung und Zusammenstellung der an sich wohl auslösbaren Laute unmöglich macht. Es findet gewissermaßen eine Entgleisung

statt, indem falsche Laute zusammengefügt werden. Das Resultat ist meistens eine Verlängerung und Komplikation des Lautgebildes (Plusproduktion).

3. Die Störung in der Koordination kann nun weiterhin die Auffindung nicht nur einzelner Laute, sondern ganzer Worte betreffen. Die Kranken greifen auf der Suche nach einem Worte gleichsam fehl und bekommen ein verkehrtes Wort. In diesem Falle würde es sich um eine Störung zwischen (hypothetisch angenommenem) Begriffszentrum und Wortklangbildzentrum handeln. Da das „Begriffszentrum" die gesamte Hirnrinde umfaßt, so muß die Ausdehnung des Prozesses eine mehr diffuse sein, wie dies bei den eigentlichen Geisteskrankheiten der Fall ist. Wir sehen hier also Übergänge von den aphasischen Störungen zu echt psychotischen Störungen sich vollziehen; diese stellen auch für die beiden folgenden Fälle den Boden des Krankheitsvorganges dar.

4. Während bei der vorigen Störung der Besitz an Wortbildern nicht beeinträchtigt war und nur gewissermaßen der Weg zu ihrer Erschließung nicht gefunden werden konnte, gibt es eine weitere Störung, die durch einen Verlust von Wortengrammen oder durch eine behinderte Erregbarkeit derselben bedingt ist. Auf diese Weise entsteht eine Verarmung des Wortschatzes, wie sie sich besonders bei den verschiedenen Demenzzuständen findet, als Teilerscheinung eines allgemeinen Verlustes an psychischem Besitzmaterial. Diesen Mangel suchen die Kranken nun auszugleichen, indem sie verloren gegangene Worte durch bekannte ähnliche ersetzen und diesen dadurch eine erweiterte Bedeutung geben. Weiterhin aber werden noch zur Verfügung stehende Lautgebilde per analogiam durch Zusammenfügung oder Ableitung modifiziert und auf diese Weise Wortneubildungen geprägt. Das hierbei stattfindende Geschehnis ist schon mehr psychologischer Natur im Gegensatz zu den bisher erwähnten Vorgängen, die Störungen der sprachmotorischen Funktionen darstellen. Als Beispiel für eine derartig zustande gekommene Wortzusammensetzung erwähne ich die Bezeichnung „Zeitgefäß" für Uhr, für eine Wortableitung „Nachschreibung" für Notizbuch.

5. Die letzte Form des *Kleist*schen Systems der Neologismenbildung ist eine koordinatorische Störung der Aneinanderreihung von Worten zu zusammengesetzten Ausdrücken. Sie kann als eine Ataxie der Ausdrucksfindung bezeichnet werden, wobei die einzelnen, Worte oder Begriffe verbindenden Zwischenglieder entweder fehlen oder ihr normaler Zusammenhang mit ersteren gestört ist. Dabei wird gewissermaßen in übertriebener Weise von dem Rechte der Wortzusammensetzung Gebrauch gemacht, wie die folgenden in den Äußerungen eines Kranken sich findenden Beispiele darlegen: sie ist wegen ihrer besonderen Vorzüge ein „Gnadenchristikindl", sie wird auf dem „Luftkompressionswege" nach Konstantinopel reisen.

Diese Entgleisung in der Zusammenstellung sprachlicher Glieder kann, besonders wenn sie mit der unter 3. ausgeführten Störung kombiniert ist, soweit gehen, daß der normale Zusammenhang zwischen den begrifflichen Allgemeinvorstellungen und dem entsprechenden sprachlichen Ausdruck vollkommen gelockert oder aufgehoben ist. Die Kranken produ-



zieren dann ein dem Zuhörer gänzlich verständnisloses Zeug, dessen Fremdartigkeit ihnen selbst indessen wohl meistens nicht zum Bewußtsein kommt.

So stellen sich diese aphasischen Neologismen dar als Leitungsstörungen oder -unterbrechungen in dem komplizierten Mechanismus, der dem Zustandekommen eines sprachlichen Gebildes zugrunde liegt.

Wir kommen nun zu verschiedenen Arten von Wortneubildungen, deren Entstehung nicht wie bei den bisher erwähnten so sehr durch Störungen der sprachmotorischen Funktionen gegeben ist, sondern mehr durch Geschehnisse psychischer oder psychologischer Natur. Es sind dies im wesentlichen Halluzinationen, Wahnvorstellungen, sowie gewisse krankhafte Störungen der Willensrichtung und des Gedankenablaufs.

Neologismen können zunächst bei halluzinatorischer Erregung in Form von Gehörstäuschungen zustande kommen. Es werden hierbei hauptsächlich wohl akute Erregungszustände jeglicher Art in Betracht kommen. Hierbei werden dem Kranken ganz ohne sein Zutun neue, ihm selbst vollkommen fremdartige und unverständliche Wortgebilde übermittelt, sei es in Form von äußeren Stimmen oder auch von inneren Einflüsterungen, die er aber als etwas Fremdes, ihm nicht Zugehöriges empfindet. Sie drängen sich ihm auf; er vermag sich ihnen nicht zu entziehen, nimmt sie sogar in seinen Sprachgebrauch auf, ohne sich über ihre Bedeutung Rechenschaft geben zu können.

Eine weitere Quelle von Wortneubildungen sind wahnhafte Veränderungen des Bewußtseinsinhaltes. Diese treten in Verbindung mit oder als Folge von Halluzinationen bei akuten Erregungszuständen auf, oder beherrschen als wesentlichstes Symptom die chronischen Zustände paranoischer oder paranoider Erkrankungen der Schizophrenie. Der unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen und Wahnideen zustande kommende Komplex von krankhaften Wahrnehmungen, Vorstellungen und Urteilen erzeugt in dem Kranken eine dem bisherigen Bewußtseinsinhalte durchaus fremde psychische Situation, die von ihm als höchst merkwürdig und eigenartig empfunden wird. Sein bisheriger Sprachschatz reicht nicht dazu aus, seinen neuen Gefühlen und Empfindungen entsprechenden Ausdruck zu verleihen. So sieht er sich gewissermaßen genötigt, in selbstschöpferischer Weise Wortneubildungen zu prägen, die seinem Sprachschatze dauernd einverleibt werden. Die häufige Wiederkehr bestimmter Neologismen in bestimmtem Zusammenhange weist den Zuhörer darauf hin, daß dieselben bewußt angewandt werden und ein bestimmter Sinn damit verbunden wird.

Eine weitere Art von Sprachstörungen, die mit Wortneubildungen einhergeht, legt *Stransky* in seinem Lehrbuch dar. Sie beruht nach seiner Ansicht darauf, daß der Vorstellungsablauf nicht in genügendem Maße der Aufmerksamkeit und somit der Kontrolle des Kranken unterliegt, und daher auch der sprachliche Ausdruck jener Zügelung verlustig geht, ohne die ein geordneter Aufbau in demselben unmöglich ist. *Stransky* faßt die Aufmerksamkeit auf als ein thymopsychisches Moment, als eine besondere Affektbetonung des Vorstellungsinhaltes, und nimmt daher an, daß bei einem Mangel der letzteren der Kranke gewissermaßen die Kontrolle und die Herrschaft über seinen sprachlichen Ausdruck verliert.

Der Vorgang hat sein Analogon in dem „Versprechen" gesunder Menschen und führt hier wie dort zur Entstehung von Sprachgebilden, die als Neologismen bezeichnet werden können. Auch die in der Traumsprache auftretenden Wortneubildungen dürften wohl auf diesem Wege zustande kommen, wie besonders *Kräpelin* betont.

Das Krankheitsbild der Schizophrenie zeichnet sich bekanntlich aus durch gewisse Störungen der Willensrichtung, die das gesamte Verhalten der Kranken in eigenartiger Weise beeinflussen und ihr Handeln und Gebahren uns als seltsam und unverständlich erscheinen lassen. Diese Tendenz tritt nicht zum mindesten auf sprachlichem Gebiete in die Erscheinung. Die Patienten zeigen vielfach das Bestreben, die normale Ausdrucksweise durch Umschreibungen sowie durch bizarre, gekünstelte Wendungen und Wortgebilde zu ersetzen. Die Form der so entstandenen Neologismen wird bestimmt durch Verdrehungen von Buchstaben, Anhängung von Silben, Verstümmelung einzelner Worte, durch massenhaften Gebrauch von Verkleinerungswörtern und Anwendung von eigentümlichen Beiwörtern. Diese Erscheinung ist unter dem Namen „Wortspielerei" bekannt. Eine wichtige Rolle wird ferner das Auftreten negativistischer Willensimpulse spielen, die den Kranken an der Entäußerung eines an sich zur Verfügung stehenden Sprachgebildes verhindern und ihn dieses durch einen anderen, meist umschriebenen oder neugebildeten Ausdruck ersetzen lassen. Die so entstandenen Neologismen können nun durch häufiges oder ständiges Wiederholen zu Stereotypien sich ausbilden oder sogar als Verbigerationen ständig produziert werden. Die Manieriertheit der sprachlichen Neubildung und Umbildung kann schließlich zu einer völligen Auflösung von Worten zu einzelnen Silben und Lauten führen; diese Produktionen werden bei Erregungszuständen in besonders reichem Maße geäußert. Entsprechende begriffliche Vorstellungen werden dabei wohl meistens fehlen; ein assioziatives Fortschreiten könnte gleichwohl stattfinden.

Es seien nunmehr noch zwei Formen von Wortneubildungen erwähnt, die durch Störungen des gedanklichen Ablaufes zustande kommen.

Die erste dieser Formen zeigt sich bei Erregungszuständen, besonders manischer Art, und zwar auf dem Boden des hierbei auftretenden ideenflüchtigen Vorstellungsablaufes, der sich meist in starkem Rededrang zu entladen bestrebt ist. Für die Verknüpfung der einzelnen Vorstellungen sind nun hierbei nicht so sehr gedankliche, sondern mehr formale Beziehungen maßgebend, nämlich Wortklang, Reim und Rhythmus. So werden einmal Worte von gleichem oder ähnlichem Klang und von gleicher rhythmischer Gliederung miteinander verbunden, die in gar keinem inhaltlichen Zusammenhange miteinander stehen, weiterhin aber auch orte in mannigfacher Weise modifiziert und neugebildet, um so zur assoziativen Verknüpfung in genanntem Sinne verwendet werden zu können. Es entstehen hierdurch Produktionen, die zum Teil als Umbildungen oder Verstümmelungen bereits vorhandener Worte erkannt werden, zum Teil aber auch gänzlich neugebildet sind.

Eine zweite Störung des Gedankenablaufs, die zu Wortneubildungen führt, ist die unter dem Namen der Perseveration bekannte Erschei-



nung. Hierbei pflegen gewisse Vorstellungen und Begriffe in dem Gedankenablauf und auch in den sprachlichen Äußerungen der Kranken so zu dominieren, daß sie nach ihrer Entäußerung nicht aus dem Bewußtseinsinhalte verschwinden, sondern sich immer wieder in recht störender Weise in den Gedankenablauf und somit auch in den Redefluß eindrängen. Die so haftenden Wortelemente können sich nun im Verlaufe der Rede mit neu auftauchenden vermischen und so zu Wortneubildungen Veranlassung geben, die naturgemäß einen gänzlich sinnlosen Charakter haben.

Ich glaube hiermit die wesentlichsten der bisher bekannten Arten von Wortneubildungen aufgeführt zu haben. Aus der Darstellung ergibt sich, daß wir vorläufig noch weit davon entfernt sind, die Neologismen in ein zusammenfassendes System einreihen zu können. Weiterhin wird man bei manchen Typen sich durchaus im Unklaren sein hinsichtlich der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Form der angeführten Arten, je nach den Momenten, die man für das Zustandekommen und das Wesen des Neologismus als ausschlaggebend bezeichnen will. Das Vorkommen von Mischformen ist dabei zu erwarten.

Ich gehe nunmehr zur Mitteilung von fünf Krankheitsfällen über, die mit Bildung von Neologismen einhergehen. Im Anschluß an die Krankengeschichte werde ich die jeweils produzierten Neologismen zusammenstellen und den Versuch ihrer Analyse machen.

Fall 1. Frl. O., 53 J. alt, ledig, Musiklehrerin. Diagnose: Paranoide Demenz mit hysterischen Zügen. Erster Anstaltsaufenthalt vom 26. Juni bis 1. November 1917. (Die Kranke war nur als gebessert entlassen.) Zweite Aufnahme am 10. März 1918. Die Anamnese ergibt, daß Pat. schon in ihrem früheren Leben an nervöser Reizbarkeit litt, von psychischen Störungen dagegen frei war. Im 50. Lebensjahr traten allmählich Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen bei ihr auf. Sie glaubte sich von ihren Mitmenschen, besonders von der Polizei, beobachtet und verfolgt. Daneben entwickelten sich hypochondrische Vorstellungen. Der Gemütszustand war labil mit vorwiegend depressiver Richtung. Weiterhin machte die Kranke allerhand wippende Bewegungen des Rumpfes und der Extremitäten, deren Intensität sich psychisch sehr beeinflussen ließ.

Befund und Verlauf: Wippende und zuckende Bewegungen des Körpers, besonders der Arme, treten intermittierend auf und sind hinsichtlich Auslösbarkeit und Intensität durchaus von psychischen Momenten abhängig. Einmal wurde ein typischer Arc de cercle beobachtet. Pat. macht diese Zuckungen als Reaktion auf Beeinflussung von außen. Das psychische Krankheitsbild wird im wesentlichen beherrscht von Wahnideen, die sich als Vorstellungen physikalischer Beeinträchtigung dokumentieren. Man wirke vermittelst magnetischer Ströme auf ihren Körper ein und gewinne mit Hilfe derselben immer größeren Einfluß auf ihn. Man schreibe mit ihrem Kopfe Briefe, stelle Fragen und gäbe Antworten.

Diese Sensationen treten in immer stärkerem Maße und Umfange auf und äußern sich als Surren und Brausen in den Ohren, elektrische Ströme, auch als sexuelle Empfindung. Sie deutet dieselben wahnhaft als von außen kommende Einwirkungen ihr feindlich gesinnter Menschen, die auf diese Weise gänzlich die Herrschaft über ihre Person an sich reißen. In diesem Sinne bezeichnet sie dieselben als ihre „Führung". Vielfach treten auch Gehörstäuschungen auf in Form von lautlosen Stimmen, die als Gedankeneinflüsterungen von außen gedeutet werden. Im Verlaufe der Krankheit werden schließlich fast alle äußeren Anlässe und Begebenheiten wahllos und systemlos in den Kreis ihres wahnhaft veränderten Bewußtseinsinhaltes mit einbegriffen. Das Gefühl der dauernden körperlichen Beeinträchtigung beeinflußt ihren Stimmungs- und Gemütszustand in erheblicher Weise; sie ist gedrückt, reizbar, verärgert und teilweise sehr erregt. In dem ganzen Krankheitsbilde treten mehr oder weniger erhebliche Schwankungen auf, die sie manche Tage ruhig und geordnet erscheinen lassen, zu andern Zeiten dagegen die ganzen Krankheitserscheinungen in sehr verschärftem Maße hervortreten lassen.

Im Verlauf ihrer Krankheit produzierte sie folgende Wortneubildungen, die in ihrer Gesamtheit mit ihren wahnhaften Gedanken und Empfindungen in Beziehung stehen.

Patientin sieht eine Reihe von Vorgängen, die sich an ihrem Körper abspielen, als Versuche und Proben an, die man mit letzterem anstelle. So bezeichnet sie einen Fall über einen Baumstumpf, wobei sie einen Stoß gegen das Schienbein erlitt, als „Knochenprobe"; sie betrachtet den Vorgang offenbar als eine Prüfung ihrer Knochen auf ihre Standfestigkeit hin. Ihre zuckenden Bewegungen bezeichnet sie einmal als „Reckversuche", die man an ihr vornehme, in anderm Zusammenhang als „schreibende Bewegungen, eine Art von Telegrammstil". Sie bittet, daß die „Beströpelung" ihres Körpers unterlassen werde, und meint auf Befragen damit, daß sie „gerüttelt und geschüttelt" werde. Eine „Ritzprobe" werde von der „Oberführung" gegeben, weiterhin fragt sie: „Weshalb quält Ihr mich mit dem „Prägen"?" Hierunter versteht sie offenbar von ihr als unangenehm empfundene körperliche Eingriffe. Ebenfalls auf äußere Beeinflussung führt sie eine bei ihr auftretende achttägige menstruelle Blutung zurück, von der sie sagt, sie sei dabei „systematisch heruntergelegt worden". Ein andermal äußert sie über ihre bevorstehende Menses: „Ich warte auf meine „Blutprobe", die Arterien sind hochgelegt." Auf weitere geschlechtliche Beziehungsvorstellungen deuten die folgenden Neologismen hin: Sie schreibt auf eine Karte das Wort „Geschlechtsarzt". Sie fragt: „Dient es zu einer Damenbehandlung, was hier vorgeht?" Sie erklärt: „Das ist die Physik, die den „Herrenstrang" abnimmt, obgleich er bei einer Dame liegt." In Beziehung zu ihren mannigfaltigen körperlichen Sensationen stehen folgende Ausdrücke und Äußerungen: Sie klagt über körperliche „Ausstände", „Abstoßungen" auf den Kopf und bezeichnet dies als „Telesapho" (offenbar Ableitung von Telephon). Sie fühlt sich durch „Stromwirbel" gequält, wünscht keine „Stromwirbelgespräche mehr", desgleichen keine „philologischen Einflüsse"; sie behauptet, daß sie „Bluteindrücke" aufnehme. „Ich gehe jetzt zu Bett, da ich mich angegriffen fühle, besonders durch den „Herzwirbel". „Ich



liege auf dem Bettgestell, auf dem ich „vivisektorisch“ täglich anzufordern bin.“ Sie spricht ironisch von ihrem „Galeerenbett“. Den Arzt bezeichnet sie als „Elektriker“, äußert auf einem Zettel den Wunsch, man möge den „Elektrikerentwurf“ abheben. Sie fordert auf, nachts die „Galvanik“ zu unterlassen, bittet um ein Einzelzimmer, damit sie ohne „Schlafhilfe“ fertig werde. Sie beklagt sich darüber, daß man „Schlafdruck“ auf sie ausgeübt habe, und daß sie „nervengesperrt“ daliege. „Ich muß die Worte so „verknallen“; damit drückt sie aus, daß sie so laut sprechen muß. Einmal fragt sie: „Bin ich hier in einer „Scheeldiätetik“?“ Dieser Neologismus bezieht sich auf die Oberin, die den Namen Scheel führt.

Wenn wir uns an das über die Wahnvorstellungen als Quelle der Wortneubildungen Gesagte erinnern, so stößt die Frage nach der Entstehung und Art der Neologismen im vorliegenden Falle auf keine Schwierigkeiten. Wir können bei jedem einzelnen Neologismus dessen Beziehungen zu den bei Patientin auftretenden Wahnvorstellungen und ihren ganzen krankhaften Vorstellungs- und Empfindungskomplexen feststellen und seine Bedeutung in diesem Zusammenhange erkennen. Hinsichtlich der formalen Genese sehen wir keine Abweichung von den Gesetzen des normalen Sprachgebrauchs, ebenso wie die Beziehungen der Neologismen zu den entsprechenden gedanklichen Vorstellungen durchaus logischer Natur sind; da letztere allerdings krankhaft sind, sind es selbstverständlich auch die auf ihnen basierenden Wortneubildungen.

Fall 2. — Frau K., 58 J. alt, Ingenieursfrau. Diagnose: Paranoide Demenz.

Anamnese: Schon mehrere Jahre vor der Anstaltsaufnahme entwickelten sich krankhafte psychische Symptome, wie Angstzustände, Erregungszustände sowie wahnhafte Vorstellungen, besonders im Sinne körperlicher Beeinträchtigung. Die allmähliche Verschlimmerung dieser Erscheinungen führte zur Aufnahme in die Anstalt am 19. 4. 1909.

Aufnahmebefund: Körperlicher Status ohne Besonderheiten. Zeitliche und örtliche Orientierung intakt. Gemütszustand meist gleichmäßig ruhig, hin und wieder aber von Angstaffekten (Sorge um die Kinder) und Erregungszuständen unterbrochen. Ausgesprochener Rededrang mit Zerfahrenheit und Abschweifen vom Thema. Wahnvorstellungen, besonders im Sinne körperlicher Beeinträchtigung, werden in mannigfacher Form geäußert, desgleichen Eifersuchtsideen. Gelegentlich treten auch Halluzinationen auf. Der weitere Verlauf in den nächsten Jahren stellt ein allmähliches Fortschreiten des Krankheitsprozesses dar. Dabei treten mehr oder weniger starke Schwankungen im psychischen Gesamtbefinden auf. Der Gemütszustand ist teilweise sehr labil und geht mitunter mit sehr starken Erregungszuständen einher. Der Gedankenablauf und die Ideenverknüpfung weisen meist eine erhebliche Inkohärenz auf, die sich in unzusammenhängendem und verworrenem Redeinhalt äußert. Die Wahnvorstellungen treten in zunehmender Menge auf, ohne Zusammenhang untereinander aufzuweisen, vorwiegend durch Sensationen bedingt, die im Sinne körperlicher Beeinträchtigung gedeutet werden; sie geben sich vor allem auch auf sexuellem Gebiete kund. In der sprachlichen Entäußerung dieser Vorstellungen macht sich eine gewisse Eintönigkeit und Stereotypie geltend, die auch in den gleich zu beschreibenden Neologismen



n die Erscheinung tritt. Eine zunehmende Abnahme auf intellektuellem Gebiete stellt sich mehr und mehr ein, die in allgemeiner Kritiklosigkeit und Urteilsschwäche, besonders auch bei der Bildung und Verarbeitung ihrer wahnhaften Ideen zutagetritt.

Unter den Neologismen der Patientin fallen besonders diejenigen auf, die durch stereotype Anwendung bestimmter Worte bei Bildung zusammengesetzter Begriffe verwandt werden. Besonders häufig werden Zusammensetzungen mit dem Wort „Regie" von ihr gebraucht, wohl um damit die Beherrschung ihrer Person durch bestimmte Einwirkungen zum Ausdruck zu bringen. In diesem Sinne spricht sie von einer „Irrenregie", die über sie verhängt sei. Sie hat eine „Brust- und Armregie". „Frau P. wird zurechtgemacht, damit sie die „Nasenregie" von uns bekommt. Sie erzählt von einem Strom, der ihre „untere Regie" in Ordnung bringen solle. Den letzten Bildungen liegen offenbar Vorstellungen körperlicher Beeinflussungen zugrunde. Häufig sind ebenfalls Zusammensetzungen mit „Sache". Ihre Sache sei keine „Irrensache", sondern eine „Blutsache". Der Verlust des Krieges rühre her von der „Necksache", weil sie hier immer so geneckt werde.

Ebenfalls auf körperliche Sensationen weisen eigenartige Zusammensetzungen mit „Mütze" hin. Sie spricht von einer „Blutmütze", die ihr angezogen sei. „Ich will meine eigene „Nervenmütze" haben". Ihr Sohn sei „abgemützt", d. h. er habe nicht die richtige „Mütze". Von weiteren Neologismen seien erwähnt: Sie bezeichnet sich als „Zellenmadam", weil sie im Einzelzimmer untergebracht wird. Dies hier ist eine „bildliche Strafanstalt". Während eines gelegentlichen starken Erregungszustandes verlangt sie eine „Todesspritze". „Die Deutschen sind „Rohländer", denn wie oft bin ich hier schon geschlachtet worden auf eine reine Sache hin." Die Wärterinnen bezeichnet sie als „Aufbraucherinnen", weil sie ihr eine Nadel weggenommen haben. Wir können diese Neologismen ohne weiteres als einen krankhaften Ausdruck wahnhafter Vorstellungskomplexe deuten. Auf Vorstellungen körperlicher Beeinträchtigung weisen folgende Bildungen hin: Sie werde angegriffen und ihre „Schutzhaut" werde von ihr genommen. Sie beschwert sich über das, was Dr. K. gegen sie habe „fliegen lassen". Zur Bezeichnung sexueller Sensationen braucht sie die Ausdrücke: sie werde mit andern „verbunden", sie werde „angewandt", sie habe keinen „brüderlichen Einfluß" gehabt; in ähnlichem Sinne spricht sie von einem „Brudereinlauf", worunter offenbar Delikte auf sexuellem Gebiete verstanden werden. „Ich soll hier als „Motiv" zurechtgemacht werden." In gleicher Weise braucht sie den Ausdruck: „Menschen zu Motiven machen". Auf Befragen versteht sie darunter die lebenslängliche Unterbringung in einer Anstalt.

Die von dieser Patientin produzierten Neologismen decken sich hinsichtlich ihrer Entstehung und ihres Charakters ebenso wie das ganze Krankheitsbild überhaupt so sehr mit denen des ersten Falles, daß sie einer weiteren Erläuterung nicht mehr bedürfen.

Fall 3. — Herr K., 52 J. alt, verheiratet, Jurist. Diagnose: Periodische Manie.

Anamnese: Patient, der seit dem 18. Mai 1920 sich zum vierten Male in Anstaltsbehandlung befindet, hat früher bereits zwei manische



Erkrankungsphasen durchgemacht. Die erste umfaßt seinen ersten und zweiten Anstaltsaufenthalt in der Zeit vom 20. August 1899 bis zum 28. Februar 1901. Die innerhalb dieser Zeit stattgefundene Entlassung aus der Anstaltsbehandlung war nur von 3½ wöchiger Dauer. Die zweite Krankheitsperiode (dritter Anstaltsaufenthalt) fällt in die Zeit vom 20. August 1914 bis zum 15. Mai 1915; die zu seinem jetzigen vierten Anstaltsaufenthalt führende Wiedererkrankung setzte im Mai v. J. ein. Der während des ganzen Krankheitsverlaufes sich darbietende Symptomenkomplex weist innerhalb der drei Phasen keine wesentlichen Verschiedenheiten auf. Wir sehen das typische Bild einer Manie mit ihren charakteristischen Symptomen: gehobene Stimmung, Ideenflucht mit starkem Rededrang, Verwirrtheit, zeitweise Erregungszustände mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Die Erscheinungen treten bald stärker, bald schwächer hervor. Was dem Krankheitsbilde seinen besonderen Charakter verleiht, ist das starke Hervortreten religiöser Momente und Vorstellungen, die in den Gedankengängen, Reden und Handlungen eine große Rolle spielen und durchweg auch den Inhalt seiner Halluzinationen und Wahnvorstellungen bilden. Er bekundet ein lebhaftes Interesse für religiöse, kirchliche und biblische Fragen, das in seinen Reden und Gesprächen immer wieder hervortritt. Seine Halluzinationen bestehen in Erscheinungen von Gott, Christus, Engeln und Heiligen, mit denen er in persönlichen Verkehr tritt, und von denen er Anweisungen und Inspirationen erhält. In diesem Zustande betet, singt und predigt er mit lauter Stimme, liegt dabei vielfach auf den Knien und führt Gespräche mit Gott und Heiligen. Schließlich verbindet er auch seine eigene Person mit seinen wahnhaften Vorstellungen, indem er sich für einen Propheten, Gottessohn usw. ausgibt.

Was nun die von unserem Patienten produzierten Wortneubildungen angeht, so treten diese nur während jener Phasen seines Krankseins hervor, in denen die erwähnten Erregungszustände mit Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen das Krankheitsbild beherrschen. Seine Erregtheit entlädt sich dann in eigenartiger Weise in lautem, pathetischem Sprechen und Singen, letzteres vielfach in Form von Choralmelodien. Hierbei werden häufig ganze Folgen von merkwürdigen Wortgebilden entäußert, die, äußerst klangvoll und vokalreich, fast an das Italienische erinnern, aber durchaus sinnlos und unverständlich erscheinen. Ich gebe nunmehr eine kurze Übersicht über diese Produktionen.

..... Pat. faßt den Arzt am Mantel und hält ihn fest. „Glauben Sie an Christus?" Plötzlich abgelenkt, sieht er aufmerksam zur Decke, bewegt flüsternd die Lippen, lächelt, nickt dorthin und fängt dann plötzlich mit lauter Stimme in pathetischem Tonfall an zu singen: „Tasanga, tasigta, pitato, talanka, talonka, tati, talakontati, taloskase, langkangkasi, talansatonie ..... Ja, ich bin wie eine Orgelpfeife." Bei anderer Gelegenheit: ... „Der Talmud ist ein heiliges Buch. Talmud, totooken im Himalaja. Muffi zollern adani isabo." (Was ist das für eine Sprache?) „Das ist Sanskrit, so zu sagen Fraktur." Seinen Gesang und seine Sprache bezeichnet Pat. als Sakrament. Er allein sei imstande, dies zu feiern. ... „Ein Sakrament stammt vom Feuer. Das Feuer stammt aus Äthiopia, sauka und aus dem ganzen Niltal. Da ist Joseph mit Jesus hingezogen.

seph, Seraphin, Bisang, Pisakomo, Tula, Basien, Eiropien. Das ist in Türkisch, sondern eine Mischsprache. Es ist nicht persisch, nicht disch, es ist Nihilismus." Ein andermal braucht er das Wort „Pompatama". (Was heißt das?") „Pompa heißt ma phasa, potoko, es eßt mir immer so zu. ma heißt mo. Motor, Vater, Patoko, Troto, Toto, oko, Krokodil. Es sind Bruchstücke aus der Bildersprache. ..... Ich rigiere die Luft. Ich erkannte mich als Wotan und war tatsächlich vorınden. Fata morgana, Spiegelbild, eine Vorstellung, die von oben ommt. Vater, Vatama, Tartar, Toto." Später wieder einmal nach er Bedeutung des Wortes Pompapatama gefragt, sagt er: „Pompa kommt on Pompejus, pompös". Die zweite Worthälfte, „patama", wußte er cht zu deuten. Weiter erklärte er auf Befragen, daß alle diese eigentigen Wortgebilde ihm in dem Zustande, wo er mit Gott und den Heiligen Verbindung trete, durch Inspiration zugetragen würden. Über ihre edeutung könne er keine Rechenschaft geben; sie würden ihm ganz ohne ein Zutun übermittelt.

Wenn wir die Neologismen im vorliegenden Falle zu deuten suchen, fassen wir zunächst einmal die assoziativen Beziehungen der neugeildeten Worte, sowohl zueinander als auch zu dem sonstigen Redeinhalt, is Auge. Wir sehen, daß bei der Verknüpfung dieser Elemente nicht as Prinzip des logischen, inhaltlichen Zusammenhanges, sondern mehr as des sprachlichen Gleichklanges und teilweise auch das des Rhythmus n Vordergrund steht. Am deutlichsten tritt das in der ersterwähnten nit Tasanga beginnenden Neologismenreihe hervor; auch die andern Neubildungen zeigen diese Beziehungen sowohl untereinander, als auch u vorausgegangenen normalen Worten. Die Neologismen erweisen sich n diesem Sinne als klangliche und rhythmische Modifikationen und Umildungen vorausgegangener Worte, wobei in der Reihe der Neubildungen neist der Ausgangspunkt von einem normalen Worte sich feststellen läßt nd offenbar auch da vorliegt, wo er nicht offensichtlich zutage tritt. Der deenflüchtige Gedankenablauf des Pat. stellt wohl den Boden für den beschriebenen Vorgang dar; es sei übrigens erwähnt, daß auch die nicht mit Wortneubildungen einhergehenden Reden des Pat. durchaus von Wortklangassoziationen beherrscht werden.

Man könnte nun, besonders auf die Äußerungen des Pat. hin, daß ihm die neugebildeten Worte „nur so zuflössen" bzw. ihm inspiriert würden, versucht sein, anzunehmen, daß es sich um halluzinierte Produktionen handeln könnte. Wenngleich man eine solche Möglichkeit an sich durchaus zugeben könnte, so glaube ich doch, daß diese subjektive Auffassung des Kranken sehr mit Vorsicht zu bewerten ist, insofern sie eine Erklärung des Pat. für dieses von ihm selbst als höchst eigenartig empfundene Phänomen darstellt. Halluzinationen dürften als ursächliches Moment mithin wohl kaum in Frage kommen. Von Bedeutung hingegen scheint mir die Neigung des Pat. zu sein, gewisse Worte in vielfach unsinniger Weise ethymologisch zu zergliedern und ihnen auf diese Weise eine besondere Bedeutung zu verleihen; die so entstandenen Bruchstücke scheinen dann der Ausgangspunkt für die Bildung und Weiterverarbeitung von Neologismen zu sein.

Fall 4. — Pat. L., 22 J. alt, Arbeiter. Diagnose: Katatonie



Anamnese: Pat. zeigte bis zu seiner Erkrankung normales psych-
sches Verhalten, lernte in der Schule gut, und war auch bei der Arbe
durchaus brauchbar. 1916 wurde er Soldat und geriet 1917 in Krieg
gefangenschaft, wo er bis zum Herbst 1919 verblieb. Beim Militär zeig
er sich stets seinen Aufgaben gewachsen; seine Führung war eine sehr gut
Nach Rückkehr aus der Gefangenschaft fiel er seinen Angehörigen ba
durch sein verändertes Wesen auf. Er war verschlossen und teilnahmlo
kaum zum Sprechen zu bewegen, sein Blick und Gesichtsausdruck schi
verstört. Mitunter traten Verstimmungen und Erregungszustände sow
leichte Desorientiertheit auf. Zur Arbeit war er schwer zu beweg

Aufnahmebefund: Auf körperlichem Gebiete außer leicht ang
deuteten Stigmata degenerationis nichts wesentliches. Stuporartiges Ve
halten, keine spontanen Äußerungen. Örtliche Orientierung beeinträc
tigt, zeitliche normal. Auffassung erschwert und verlangsamt. Es beste
vollkommene Affektlosigkeit; alle Versuche, Gemütsreaktionen zu e
zeugen, scheitern gänzlich. Von katatonischen Symptomen sind Befeh
automatie, kataleptische Erscheinungen und Echopraxie ausgesproch
vorhanden. Antworten erfolgen meist nur auf wiederholtes Zureden m
leiser und langsamer Stimme. Sehr häufig erwiedert er auf Befrag
werden: „Weiß nicht, kann nichts sagen." Die Antwort erfolgt niema
in ganzen Sätzen, sondern nur in kurzen, abgerissenen Ausdrücken. Di
sprachlichen Äußerungen des Kranken weisen trotz ihrer Spärlichke
eine ganz ausgesprochene Tendenz zu Wortneubildungen auf. Diese tri
besonders in Erscheinung, wenn man Pat. auffordert, Gegenstände z
benennen; er ersetzt fast jedes Gegenstandswort durch einen Neologismus
Ich gebe in folgendem eine Übersicht über eine Reihe derartiger Pro
duktionen, die fast durchweg eine Benennung für Gegenstände aus de
Natur, dem täglichen Leben sowie Bilderbüchern darstellen. Der Einfach
heit und des besseren Verständnisses halber gruppiere ich diejenigen Neo
logismen zusammen, die, wie sich in folgendem ergeben wird, gleiche
Wesen und gleiche Entstehung haben.

Bilderklärungen: Zerbrochene Fensterscheibe = „Abnehmer"
auf weiteres Befragen = „Flieszeiger, Läutung, Verblendung". Kuh =
„Nachspeiung", Hund = „Vorläufer", dann „Annehmer". Segelschiff =
„Aufnehmerballon", dann „Aufnehmerschiff". St. Barbara = „Sünden-
fräulein". Geburt Christi = „Bedauerschein". Löwe = „saumäßiges
Tier". Raubvogel = „Sauerhuhn". Familienbild = „Einkleidungs-
schein".

Gegenstände: Schlüsselbund = „zu in Bewegung setzen". Streich-
holzschachtel = „eine Befassung". Kirschbaum = „Auftaubaum", „Ver-
reibungsbaum". Kirschen = „Zeitfrüchte". Brennessel = „Verstandes-
kraut", „die werfen nicht Früchte". Wilder Wein = „Einwuchskraut".
Birken = „Schutzbäume zum Schutz für Gegenstände".

Die bisher angeführten Neologismen haben meiner Ansicht nach
gleiche Entstehung und gleichen Charakter. Betrachten wir die inhalt-
lichen Beziehungen zwischen dem zu benennenden Gegenstand und seiner
sprachlichen Benennung durch den Pat., so ersehen wir, daß wohl gedank-
liche Beziehungen zwischen beiden vorhanden sind, daß dieselben aber
ganz eigenartiger, zum Teil unsinniger Natur sind. Der äußere Reiz, als

ld oder Gegenstand, ruft hier nicht die begrifflichen Beziehungen und
orstellungen hervor, die dem normalen Seelenleben entsprechen würden,
ndern ganz entfernt liegende, die entweder in gar keinem oder in einem
nz ungewöhnlichen Zusammenhange mit dem Reizgegenstand stehen.
ir können diese Störung als eine zentripetale intrapsychische Ataxie
zeichnen, wobei die durch den äußeren Reiz hervorgerufene abnorme
edankenvorstellung durch eine Inkoordination innerhalb der betreffen-
n assoziativen Zentren zustandekommt. Der Reiz schlägt gewisser-
aßen eine falsche Bahn ein und verfehlt deshalb sein normales Ziel.
a nun für die so entstandene Begriffsvorstellung in den meisten Fällen
n passendes Wort nicht zur Verfügung steht, so ist Pat. gezwungen,
e durch einen abgeleiteten oder umschriebenen sprachlichen Ausdruck
iederzugeben, wie aus den gegebenen Beispielen zur Genüge hervorgeht.
iese eigenartige psychische Reaktion entspricht in ihrer Art dem Wesen
es schizophrenen Krankheitsprozesses und könnte direkt als patho-
omisch für ihn bezeichnet werden. Ob diese Störung mehr ein Ausdruck
hizophrener Denkungsart ist, oder ob mehr krankhafte Störungen der
illensrichtung im Sinne negativistischer Sperrungen oder manirierter
endenzen dabei ausschlaggebend sind, läßt sich nicht mit Sicherheit
tscheiden.

Gegenstände: Bleistift = „Schreibbehandlung“. Notizbuch = „Nachschreibung“. Nase = „Luftatmung“. Ohr = „Hörung“. Auge = „Sehung“. Hand = „Arbeitsteile“. Ellenbogen = „Stütze in die Lage“.

Bilder: Kürassierhelm = „Bedeckung“, dann „Kopfbedeckung“. eck = „Aufsitzgerät“. Federbuschhelm = „Scheinhut“. Bild mit eitern = „Reitschein“. Mandoline = „Greifnehmer“. Melkende Frau = „macht handliche Arbeit an Tier“. Weinflasche = „Weingefäß“. Glas = „Trinkgefäß“.

Auch diese Gruppe von Neologismen dürfte durch eine intrapsychi-
che ataktische Störung zustande gekommen sein, die in diesem Falle
edoch eine zentrifugale ist. Wir sehen, wie die Vorstellungsreaktion auf
en äußeren Reiz hin, die aus der Art der Benennung des betreffenden
egenstandes sich kundgibt, eine durchaus normale ist. Pat. bezeichnet
ie Bedeutung und das Wesen des zu nennenden Gegenstandes inhaltlich
n durchaus richtiger und sinngemäßer Weise. Nun aber erfolgt die
Störung auf dem zentrifugalen Wege der sprachlichen Wiedergabe des
Vorstellungsbegriffes. Es scheint, als ob dem Pat. das zur Benennung des
Gegenstandes erforderliche Wort nicht zur Verfügung steht; er ist des-
wegen genötigt, zu einer Wortneubildung, die durch Umschreibung oder
Ableitung zustandekommt, seine Zuflucht zu nehmen. Wir sehen hierbei,
wie in geradezu auffälliger Weise bei der Benennung von Gegenständen
das betreffende Dingwort vermieden wird und an seine Stelle eine Um-
schreibung oder Ableitung durch ein sinngemäßes Tätigkeitswort tritt.
Man könnte nun versucht sein, anzunehmen, daß hier eine Verarmung
des Gedächtnismaterials bzw. des Wortschatzes vorliege; eine solche An-
nahme widerspricht aber durchaus dem Wesen des schizophrenen Krank-
heitsprozesses und scheint auch in unserem Falle durch nichts weiter
gerechtfertigt zu sein. Wir müssen vielmehr annehmen, daß der Weg
von der Begriffsvorstellung zu dem an sich intakten Wortbild gesperrt



ist und Pat. deswegen zu einer Wortneubildung seine Zuflucht nehmen muß. Auch dieser Vorgang dürfte als eine für die Schizophrenie typische Reaktion etwa im Sinne einer krankhaft manirierten Willenstendenz oder einer negativistischen Sperrung zu deuten sein.

Eine kleine Gruppe von Neologismen dürfte aufzufassen sein als eine paraphasische Störung der Wortbildung bzw. -zusammensetzung; es sind dies die folgenden Bildungen: Milchtopf = „Abdalung". Kastanien = „Legesbäume". Waschgeschirr = „verkältene Kaffe". Gruppe von Hunden = „sättiger Tierschein". Photographischer Apparat = „Lenpertzell". Mädchen mit wallendem Gewand = „tuchenes Mädchen". Tor mit Turm = „Leuchtebeginn".

Diese Neologismen dürften wohl zum Teil auch als Mischformen mit den vorher erwähnten Typen aufzufassen sein.

Es sei nun ein Gespräch des Pat. mit dem Arzt wiedergegeben; die Deutung der darin aufgeführten Neologismen dürfte nach dem oben Gesagten keine Schwierigkeiten bieten.

(Wie lange sind Sie hier?) „Keine Übersicht." (Paar Tage?) „Überweg." (Weshalb sind Sie hier?) „Ich habe keine Sage an, habe keine Unterredung." (Weshalb sind Sie hergekommen?) „Kein Verdenken."

(Arbeiten Sie auch?) „Nein, keine Übersicht."

Zum Schluß sei noch auf den stereotypen Charakter einzelner der aufgeführten Neologismen hingewiesen. Auffallend ist die Tendenz der Neubildung mit den Endungen -ung und -sicht. In den zur Bezeichnung von Bildern geprägten Neologismen kehrt besonders häufig das Wort Schein wieder, wie „Tierschein, leuchtender Schein"; weiter stereotyp wird die Wendung „macht handliche Arbeit", als Ausdruck einer Tätigkeit, gebraucht.

Fall 5. — Pat. D., 19 J. alt, Arbeiter. Diagnose: Schizophrenie.

Anamnese: Familienanamnese ohne Besonderheiten. Pat. war bis zu seiner jetzigen Erkrankung stets körperlich gesund und geistig normal. In der Schule lernte er gut und war als Arbeiter fleißig und brauchbar. Er besaß ein lebhaftes Temperament und war gesellig und lebensfroh.

Wenige Monate vor seiner Anstaltsaufnahme machte sich eine langsam zunehmende Wesensveränderung bei ihm bemerkbar. Er wurde still, interesselos und gleichgültig gegen seine Umgebung, zog sich zurück und saß meist untätig herum, ohne aus sich heraus etwas zu unternehmen. Auf Befragen gab er meist schwer verständliche, beziehungslose und abschweifende Antworten. Er wurde am 2. Februar 1920 in die Anstalt aufgenommen.

Zustand und Verlauf: Auf körperlichem und nervösem Gebiete außer einer Struma mäßigen Grades nichts Abnormes. Pat. ist zeitlich und örtlich orientiert. Bei Beantwortung von Fragen und Aufforderungen tritt eine deutliche Verlangsamung der psychischen Reaktion zutage. Auf motorischem und psychomotorischem Gebiete tritt ausgesprochene Bewegungsarmut und Fehlen jeglicher spontanen Handlung hervor. Alle an ihn gerichteten Anforderungen werden blindlings befolgt. Auf affektivem Gebiete zeigen sich völlige Reaktionslosigkeit und apathisches Ver-



alten. Auffassung und Merkfähigkeit sind deutlich herabgesetzt. Der edankengang und der sprachliche Ausdruck weisen starke Inkohärenz uf, die sich bei Beantwortung von Fragen und bei Assoziationsproben urch zusammenhanglosen Redeinhalt und sinnlose Beziehungen dokumenert. Seine Sprache klingt schwer verständlich; seine Ausdrucksweise t verschroben. Halluzinationen optischer und akustischer Art, Geruchsnd Geschmackshalluzinationen, körperliche Sensationen treten gelegentch zutage; letztere werden in wahnhafter Weise auf Beeinflussungen von ußen zurückgeführt.

Der weitere Verlauf der Krankheit ergab eine allmählich fortchreitende Entwicklung des Prozesses und seiner Symptome. Geringe chwankungen traten gelegentlich auf. Vom 1. November ab wurde er uf 3 Monate nach Hause entlassen; nach seiner Rückkehr wurde eine rhebliche Verschlimmerung seines Zustandes festgestellt. Im Vorderrunde des Krankheitsbildes stand die nunmehr sehr stark ausgebildete Sprachverwirrtheit. Bei Beantwortung von Fragen trat meistens Vorbeieden zutage.

Ich gebe nun eine Aufzählung der von unserem Pat. produzierten Neologismen.

Äußerungen: „Ich fühle, daß ich belastet werde durch andere Menschen.“ „Sie binden einem die Zahnflügel, daß man nicht wegkann.“ „Beim Essen kann ich mich nicht recht mit den Menschen unterhelfen, als ob es ihnen nicht recht gewesen wäre, was ich getan habe.“ „Die Eltern werden sich starke Stimmerzeugung darüber machen, daß ich noch hier bin.“ „Der Bruder solle seine Ableitung besorgen.“ (Meint wohl Entlassung damit.) Auf Befragen, weshalb er hier sei, antwortet er, er sei wegen „Visitur“ hierhergekommen. Der „Gymnasialschreiberdoktor“ habe ihn hierher geschickt.

(Wo ist Herr N.?) „Er kabiniert, er ist auf Kabinett.“ In stereotyper Weise treten Wortneubildungen auf, wie sie folgender Redeabschnitt enthält: „Ich heiße N. N. Frei wegen Uhrenaufnahme. Wir sind wegen Viehaufnahme ihr mit Gewehraufnahme nicht gewahr geworden. Wir haben 24 Pferde, die gehören meinem Vater wegen Uhrzwecke. Ich muß das angeben wegen Vogelaufnahme.“

In besonders sinnfälliger Weise treten die Neologismen hervor bei den Assoziationsproben und Bezeichnungen von Gegenständen und Begriffen; ich führe folgende Beispiele auf:

Neid: „Das ist wegen „Herzreizung“, der Mensch wird nicht gegönnt.“

Schönheit: „Sinnesbild des Menschen.“

Reinheit: „Wenn der Mensch sich reinlich hält, dann füllt er seine Sinne besser; die Sinne müssen immer in Regel sein.“

Sprichwortassoziationen: Der Apfel fällt ... „Weil er nur so einen kleinen „Zwergzweig“ daran hat.“

Hunger ist ... „Man bezweckt sich Not zum Menschen.“

Gegenstände: Hose = „das ist ein „Lebenskleid“ von Menschen.“ Tintenlöscher = „Gobel“. Tintenglas = „Freiglas“. Uhr = „Necker“, „Schwabrecht“. Zündholzschachtel = „Schraubstreicher“. Lineal = „Fensterholz“. Schere = „Scheber“. Uhr = „Armblatt“



Körperteile: Daumen = „Gabelfinger“. Ellenbogen = „Kapel“. Nase = „Nob“. Knie = „Kizz“.

Untersuchen wir die Neologismen dieses Pat., so werden wir mehrere der beschriebenen und in den vorigen Fällen dargestellten Typen wiederfinden. Der paranoide Typ der Wortneubildung tritt in einigen Beispielen (belastet, Zahnflügel, Herzensreizung, Stimmerzeugung, Uhrenaufnahme, Viehaufnahme usw.) mehr oder weniger deutlich hervor, wo wir teils wahnhaft gedeutete Sinnesempfindungen, teils wahnhafte Gedanken und Vorstellungen als das ursächliche Moment ansehen müssen. Andere Typen (unterhelfen, Mißtüchtigkeit, Visitur, kabiniert, Anleitung) lassen sich wohl am besten als paraphasische Störungen im Sinne *Kleists* deuten. Die Bildung „Gymnasialschreiberdoktor“ ist ein Analogon zu den in Nr. 5 des *Kleist*schen Schemas angeführten Beispielen. Auf einer Inkohärenz oder Ataxie der intrapsychischen Assoziation nach Art der Neologismen bei Fall 4 dürften folgende Bildungen beruhen: „Freiglas, Schraubstecher, Fensterholz, Armblatt“. Schwierig dürfte die Deutung von Ausdrücken wie Gobel, Necker, Scheber, Kapel usw. sein. Man kann sie als paraphasische Störungen auffassen; vielleicht auch könnte man sie sich entstanden denken auf dem Boden einer Störung der Willensrichtung im Sinne einer manirierten, ins Bizarre gekehrten sprachlichen Ausdrucksweise.

Zum Schluß einige Worte über die Beziehungen der Neologismen dieser 5 Kranken zu der Krankheitsform. Sie sind vielleicht bis zu einem gewissen Grade charakteristisch für die zugrunde liegende Krankheit, wie dies *Gallant* bereits nachzuweisen suchte.

Der bei Fall 1 und 2 konstatierte Typ bildet ein geradezu klassisches Beispiel für eine paranoide Form von Neologismen, wie ich die auf dem Boden wahnhafter Ideen entstandene Art kurz bezeichnen möchte. Er besitzt in seiner Art diagnostische Bedeutung, aber nicht nur zur Kennzeichnung eines wahnhaften Zustandes im allgemeinen, sondern auch im speziellen für die vorliegende Form der paranoiden Demenz selbst. Das Fehlen eines inhaltlichen Zusammenhanges zwischen den einzelnen Neologismen deutet darauf hin, daß die sie bedingenden Wahnvorstellungen keinen zusammenhängenden Komplex, kein System darstellen. Somit wäre die Abgrenzung von der mit systematisierter Wahnbildung einhergehenden Paranoia möglich. Der meist ungeheuerlich und abenteuerliche Inhalt der in den Neologismen zum Ausdruck gebrachten Wahnvorstellungen weist auf eine weitgehende Kritiklosigkeit und Urteilsschwäche, also auf einen Demenzzustand hin.

Auch die Neologismen unseres dritten Pat. sind bis zu einem gewissen Grade charakteristisch für das Krankheitsbild. Wir erwähnten bereits, daß sie zustande kamen auf dem Boden eines akuten Er



regungszustandes mit ideenflüchtigem Gedankenablauf, und daß die Entstehung der Neologismen im einzelnen und ihre Anknüpfung untereinander nicht durch inhaltliche Beziehungen beherrscht waren, sondern durch Wortklangassoziationen. Diese Erscheinung ist ja bekanntlich charakteristisch für den ideenflüchtigen manischen Gedankenablauf. Wir sehen also auch in diesem Falle die Diagnose erhärtet durch den Charakter der das Krankheitsbild begleitenden Neologismen.

Daß bei unserem vierten Fall der Charakter der Neologismen bedingt ist durch die intrapsychische Ataxie, die ja bekanntlich nur für den schizophrenen Krankheitsprozeß charakteristisch ist, geht aus dem Gesagten zur Genüge hervor. Die inhaltlich und formal nach bestimmter Richtung hin elektiv gerichtete Tendenz der Wortneubildung, besonders aber der stereotype Charakter gewisser Neologismen läßt eine bestimmte krankhafte Willensrichtung erkennen und leitet die Diagnose auf das Krankheitsbild der Katatonie hin.

Die im Fall 5 vorliegenden Neologismen dürften vielleicht auch von Bedeutung sein für die Diagnostik des Krankheitsbildes. Wie aus den bisherigen Besprechungen und insbesondere aus der Darstellung und Erörterung der vorausgegangenen Fälle hervorgeht, sind die verschiedenen Arten von Neologismen des Falles 5 charakteristisch für das große Krankheitsbild der Schizophrenie. Die Neologismen der Fälle 1 und 2 waren durchweg von paranoidem Typ und stützten somit die Diagnose paranoide Demenz. In dem selben Sinne waren die Neologismen des Falles 4 pathognomonisch für das Krankheitsbild der Katatonie. Der Fall 5 enthält fast alle Typen der in den Fällen 1 und 2 einerseits und 4 andererseits auftretenden Wortneubildungen. Wir können aus dieser Tatsache die Berechtigung ableiten, das Krankheitsbild als eine Mischform von Katatonie und Dementia paranoides aufzufassen.

Man wird also zugeben können, daß die spezielle klinische Eigenart der fünf Fälle auch in der Eigenart der Neologismen zum Ausdruck kommt und die Art der Neologismen somit differentialdiagnostisch verwertet werden kann.

Zur Frage der ätiologischen Grundlegung der chronischen Paranoia.

Von

Ernst Herzig, Wien-Steinhof.

Kraepelin definiert die Wahnideen als unrichtige Vorstellungen, die nicht aus zufälliger Unzulänglichkeit der Logik, sondern aus einem inneren Bedürfnis heraus geschaffen worden sind. Das sind die Wahnideen der (chronischen) Paranoia. Da man vielfach die in der Definition unterschiedene doppelte Genese unrichtiger Vorstellungen nicht auseinanderhielt, führte die Anwendung der gleichen Bezeichnung zu Mißdeutungen. Man suchte das Charakteristikum der Wahnideen in der objektiven Unrichtigkeit der Vorstellungen, berücksichtigte nicht die Möglichkeit ihrer doppelten Provenienz. Diese Nichtberücksichtigung bringt mit sich, daß man der eben beanstandeten Auffassung den Vorwurf nicht ersparen kann: sie breche den Gedankengang ab, ohne daß das menschliche Kausalitätsbedürfnis in der Bloßlegung der elementaren psychologischen Vorgänge Befriedigung gefunden habe.

Die Unzulänglichkeit der Logik an sich, nicht im Sinne einer vorübergehenden Zufälligkeit, stellt ein der Intelligenz des Individuums immanentes Moment dar. Darin ist die Notwendigkeit gegeben, daß sie als ein solches nicht nur auf einem engumschriebenen Ausschnitte des intellektuellen Lebens und der intellektuellen Produktion sich geltend mache. Ihr Mangel wird auf dem ganzen Felde derselben sich zeigen müssen. Das ergibt sich als notwendige Folge aus dem Begriff der Einheitlichkeit und Unteilbarkeit alles Psychischen, die jeden Mangel jeder einzelnen ihrer Fähigkeiten an sich, als einen universellen notwendig in Erscheinung treten lassen muß.

Andrerseits können der Intelligenz externe Faktoren eine einseitige Fixierung der intellektuellen Produktion in ihren Vorgängen verursachen. Es ist klar, daß solche externe Faktoren nur gegenüber der Intelligenz extern sind und als extern angesehen werden können, während beide im selben einen Psychischen vereinigt sind. Von den beiden mit dem Denken die Grundfähigkeiten des Seelischen bildenden Fähigkeiten des Fühlens und des Wollens kann in gleicher Weise die erwähnte Fixation ausgehen. Die Fixation durch das Wollen legt sich entsprechend der natürlichen



eindeutigen Neigung aller Strebung zum Guten hin als nach dieser Richtung gehend fest. (Das subjektiv und der Auffassung nach Gute ist damit gemeint.)

Da nun unter den Wahnideen diese subjektive Güte zum mindesten keine besondere Rolle spielt, im Gegenteil der größte Teil von ihnen gerade nach der negativen Seite des Seins läuft, erübrigt nur, als ätiologischen Faktor für die Fixation der unrichtigen Vorstellungsrichtung das Gefühl anzunehmen. Tatsächlich lehrt schon die psychologische Erfahrung, daß das Gefühl die normativen Verhältnisse zwischen Gegenstand und geistigem Vorgange in so weitgehendem Maße zu beeinflussen vermag, daß dieselben in durch das Gefühl geforderter intentionaler Richtung bestimmt werden; diese Erfahrung gehört zu den psychologischen Denkgesetzen, als dem Inbegriff der Regelmäßigkeiten, welche das Verhältnis zwischen den intellektuellen Vorgängen einerseits und den übrigen, zum Teil vorausgehenden, teils begleitenden seelischen Vorgängen andrerseits betreffen. Für die Wahnideen bildet das Gefühl das den Denkvorgang beeinflussende, seine Bildung beeinflussende Moment.

Das Gefühl[1]) ist und bestimmt das innere Bedürfnis, welche die im Individuum auftretenden Vorstellungen zu unrichtigen, d. h. in ihrer Außenprojektion nicht mehr dem außerindividuellen und außersubjektiven Tatbestand entsprechenden Vorstellungen macht.

Die Möglichkeit einer intellektuellen Genese der Wahnideen zur Diskussion bringend, wird man zunächst zusehen, auf welchen Wegen ein Zustandekommen solcher denkbar sei. Ich finde auf zwei Wegen. Einmal, indem in den Wahrnehmungen ein Faktor sich durchsetzt, der entgegen der Natur des Wahrnehmungsvermögens dessen Akt von der Übereinstimmung mit seinem außer ihm gelegenen, durch die Tätigkeit der Sinne herangebrachten Vorwurfe abbringt. Auf diese Weise würde die Perzeption das Material der Wahnideen in sich enthalten. Diese Ursprungsweise würde aber auch schon die ganze und die volle Unübersteigbarkeit der in ihr enthaltenen Schwierigkeit klar vor Augen rücken. Diese Schwierigkeit liegt darin, wie wohl in solchem Falle eine Einschränkung der Auffassungsfähigkeit auf ein so eng umschlossenes Gebiet der jeweiligen Wahnideen möglich sei? Mit unbedingtester Sicherheit sollte man erwarten, daß jene Fehlerhaftigkeit der Perzeption sich auch auf ganz anderen wie den vorliegenden Wahrnehmungsgebieten zur Geltung bringen werde. Die Außenobjekte stehen ja alle in gleicher Indifferenz dem Wahrnehmungsvermögen gegenüber. Andrerseits ist doch dem Wahrnehmungsvermögen an sich keine Eigenheit andenkbar, die dasselbe auch nur einem Objekte gegenüber eine andere Stellung einnehmen ließe wie einem andern gegenüber. Ja, auch im sensorischen Teile dieses Vermögens kann eine derartige Verschiedenheit nicht gelegen sein; denn

[1]) Das deutsche Wort Gefühl wird nicht nur für die Gefühle von Lust und Unlust, denen sich die Affekte anreihen, gebraucht; *Bleuler* hat statt des so vieldeutigen Wortes Gefühl den Ausdruck Affektivität vorgeschlagen, der nicht nur die Affekte im eigentlichen Sinne, sondern auch die leichten, auch die dauernden Gefühlstöne der Lust und Unlust bezeichnet.



auch hier könnte dieselbe nur eine generelle, nie aber eine so ganz individuelle werden. Die Farbenblindheit ist vorhanden gegenüber jedem Rot, gleichgültig, an welchem Gegenstande immer dasselbe in Erscheinung tritt.

Der zweite denkbare Weg wäre der einer im Sinne der Wahnideen verfälschten Apperzeption. Eine solche Verfälschung könnte ihren Grund im (neu zu apperzipierenden) Wahrnehmungsanteile des Apperzeptionsvorganges oder im (alten, schon apperzeptiv verarbeiteten) Vorstellungsanteile desselben haben. Einer wahnhaften Verfälschung des ersteren käme die gleiche Bedeutung zu, wie dieselbe im vorangehenden der gleichen Erscheinung beim Perzeptionsvorgange gegeben wurde. Die gleiche Verfälschung des zweiten kann wie jede intellektuelle Erscheinung den Grund, daß sie, von ihrer physiologischen Norm abweichend, eine dem natürlichen Bilde ihrer Endogramme nicht mehr entsprechende Form aufweise, nur aus einem jeder Intellektualität externen Momente herleiten. An der Hand früherer Darlegungen kommt man auch hier wieder zum Schlusse, daß die Affektivität in ihrer dem physiologischen Äquivalent nicht mehr entsprechenden Form die wirkende Ursache für das genannte Mißverhältnis zwischen objektiv richtiger und davon abweichender Vorstellung darstelle. Ob jenes Mißverhältnis schon zur Zeit der einzelnen apperzipierenden Akte, in deren Folge es zu einer Vermehrung des apperzipierten Inventares kam, bestand oder später das ganze angesammelte apperzipierte Material erst überkam, ist eine getrennte Frage. Die Beantwortung derselben in bejahendem oder in verneinendem Sinne berührt die Lösung der jetzt zur Diskussion stehenden Frage nicht. Denn hier handelt es sich um grundsätzliche Stellung, ob jene wahnhafte Apperzeption aus sich möglich sei. Diese Möglichkeit behaupten, heißt eine psychologische Unmöglichkeit zum Postulat erheben.

Tatsächlich sind auch die Verfechter der erwähnten primären Apperzeptionsstörung um die psychologische Schwierigkeit, die sich ihrer Auffassung entgegenstemmt, nicht vorübergekommen. Denn daß eine Erschwerung, eine Hemmung, eine Behinderung der Apperzeption, sei sie aktiv oder passiv, einen Defekt der ganzen Denkweise herbeiführe, ist wohl klar; dieser Defekt kann aber doch naturgemäß nur in einer Einschränkung seiner Ausdehnungsfähigkeit nach der materiellen Seite des intellektuellen Besitzstandes bestehen. Zur Ausbildung eines paranoischen Wahnbildes führen sie nie. Ohne das Zustandekommen eines solchen annehmbar zu machen, kommen auch diese Autoren mit ihrer primären Intellektualität nur scheinbar um eine primäre Affektivität. Sie müssen irgendeine Gefühlsabnormität in ihr System einfließen lassen, versteifen sich aber darauf, daß dieselbe eine Folge der primären Verstandesstörung sei. Damit würde die Paranoia aus der für alle funktionellen Psychosen Geltung habenden Genese herausfallen. Ist es aber psychologisch möglich, daß andere als nur graduelle Unterschiede es sein können, welche die Paranoia von den andern funktionellen Psychosen genetisch abtrennen? Sind qualitativ verschiedene psychologische Momente denkbar, welche solches tun?

Im Augenblicke, da zwischen den behauptet genetisch primären Verstandesfaktor und das Wahngebilde ein affektiver Faktor eingeschaltet

wird, frägt man, welcher Zweck mit dieser Einschaltung verfolgt werde. Nur, wenn an seiner Zufälligkeit festgehalten wird, erscheint mir damit ein weiteres Festhalten an der ursprünglichen Annahme Paranoia = primäre Verstandeskrankheit denkbar. Wird ihm die Rolle einer genetischen Conditio sine qua non zugewiesen, dann fragt man berechtigt weiter: Warum ist er so unerläßlich? Doch offenbar nur, weil ohne ihn es gar nicht zur Ausbildung eines Wahnes kommen kann. Hält man daneben noch die Angleichung der pathologischen Geistesvorgänge an die normalen, und übersieht man nicht, daß die für diese geltenden psychologischen Grundgesetze auch bei jenen in gleicher Weise und Art bestehen bleiben, dann wird klar, daß man dem erstgemeinten primären Intelligenzmomente vielleicht eine vorbereitende Rolle in der Genese der Paranoia zusprechen kann. Darüber hinaus kann es als ein Baustein des Wahninhaltes, nicht der Wahnbildung angesehen werden. Was als Erkennbares vor allem und eindringlichst an den Beobachter herantritt, ist die Objektivität des ersteren, während die Vorgänge der Affektivität als etwas rein Subjektives sich der unmittelbaren Erfassung des Beobachters entziehen. Deswegen wird das intellektuelle Moment als primäres Symptom des Krankheitsbildes unbestritten seinen Primat behalten. Etwas ganz anderes kommt aber in Frage, wenn die Genese, die Entstehung jenes symptomatischen Momentes, berührt wird.

Wenn ich die Literatur in der Paranoiafrage — hier primäre Intellektualität, dort primäre Affektivität — übersehen habe, konnte ich meine Verwunderung darüber nicht unterdrücken, daß die beiden gegnerischen Lager nicht schon längst sich vereinigt haben. Denn mit einer guten Unterscheidung scheint mir die ganze Streitangelegenheit ihre Lösung zu finden. Mit ihr gibt man jedem Teile sein ihm gebührendes Recht. Man muß ja ohne weiteres zugeben, daß jenes Moment, welches die Paranoia als Paranoia charakterisiert und ihre spezifische Eigenheit gegenüber den andern Geisteskrankheiten bildet, im Intellektuellen liegt. In diesem Sinne besteht die *Westphal*sche Auffassung zu Recht, daß das Wesentliche bei dieser Krankheit der abnorme Vorgang im Vorstellen sei. Wenn dieser Autor aber fortfährt: „Stimmungen, Gefühle und Affekte seien wesentlich abhängig von dem Inhalt der Vorstellungen bzw. von der Art und Weise des Auftretens der letzteren; würden gleichwohl, ab und zu primäre Stimmungsanomalien beobachtet, so spielten sie in der Entwicklung der krankhaften psychischen Erscheinungen selbst keine Rolle und stellten mehr akzessorische Erscheinungen dar“, so hat er mit diesen Sätzen, insbesondere in deren zweitem Teile, die Abspaltung von seinen wissenschaftlichen Gegnern zu einer nicht mehr zu vereinigenden gemacht. Denn da er primären Stimmungsanomalien jede, also auch nicht nur symptomatisch primäre, sondern auch ätiologisch primäre Rolle abspricht, hat er damit jeden Faden zerschnitten, der noch die beiden Kampflager verbinden könnte.

Es will mir scheinen, daß die zuletzt erwähnte Art der Paranoia-Auffassung als ein Überbleibsel aus der Zeit vorwiegend symptomatologischer Betrachtungsweise sich darstelle, die auch heute noch einflußreiche Vertreter hat. Damals zählte man die Paranoia als die System-



erkrankung des Verstandes κατ᾽ ἐξοχήν, die in Parallele trat zu den Systemerkrankungen des Fühlens und des Wollens. Die Systemerkrankungen des Willens hat man auf Grund psychologischer Erwägungen aus dem Kataloge der selbständig auftretenden und in sich begründeten Psychosen gestrichen. Ich wundere mich, daß man die Unterscheidung von Gemüts- und Verstandespsychosen noch festhält, obwohl dieselbe auf ganz unhaltbaren klinisch-psychologischen Voraussetzungen aufbaut. Es wird mit Recht behauptet, die Melancholie sei mindestens ebensoviel Verstandeskrankheit wie die Paranoia Gemütskrankheit, und die Sache werde nicht anders, wenn man das Wörtchen „vorwiegend" einschalte. Damit wird freilich nicht gesagt, daß zwischen Paranoia einerseits, Manie und Melancholie andrerseits kein Unterschied bestehe. Dieser Unterschied ist sogar ein so tiefer, daß man von einer Verschiedenheit der Gattung, und nicht der Art nach, sprechen muß.

Der dem Vorgange der Wahnideenbildung zugrunde liegende psychologische — sit venia verbo — Mechanismus kann ja begreiflicherweise nur in dem allgemeinen psychologischen Mechanismus sein Vorbild finden, nachdem die Unabänderbarkeit der psychischen Vermögen auch bei ihm keine Wesensänderung erfahren kann.

Tatsächlich begegnet man ja der Äußerung von Wahnideen bei sonst Geistesgesunden dann, wenn die affektive Erregung eine Alteration der Denkvorgänge verursacht, in der Weise, daß diese der normativen Ausgleichung mit der Außenwelt entrückt scheinen. Dieses Entrücken geschieht in gleicher Weise durch den positiven wie den negativen Affekt. Die Alteration in der Affektivität bildet in diesen Fällen die conditio sine qua non für jede intellektuelle Ablenkung. Sollte dieses Moment, im Falle es sich um einen Geisteskranken handelt, seine Wirksamkeit ganz verlieren? Verwunderlich wäre das um so mehr, als es niemals passieren kann, daß Geisteskrankheit Fähigkeiten der Psyche wecke oder an das Licht bringe, von denen diese letztere bis zu ihrer Erkrankung keinen Ausdruck gab. Verlegt man daher die genetischen Bedingungen des Wahns auf das intellektuelle Gebiet, dann verzichtet man damit auf eine überzeugende Erklärung der Wahnideen.

Man begegnet häufig der Ansicht, die Wahnideen entstünden auf dem Boden logischen Räsonnements im Anschluß an tatsächliche entsprechende Erlebnisse. Nur eine ganz oberflächliche Betrachtungsweise kann übersehen lassen, daß in der großen Mehrheit solcher Fälle allerdings die Kranken selbst mit solchen Begründungen ihre Position zu stützen suchen. Sie suchen eben das aufzeigbare psychologische Resultat in dem angeborenen Begründungsdrange sich zu motivieren. Ihre Auffassung bleibt aber immer eine rein subjektive und kann ungeprüft zur Begründung der objektiven Genese nicht verwertet werden. Es kommt vor, daß man in der Exploration unbeteiligter Personen auf Faktoren stößt, die eine objektive Grundlage in entsprechenden Erlebnissen finden lassen, aber stets nur eine teilweise. Damit will ich sagen, daß ja tatsächlich in den vorausgegangenen Erlebnissen etwas sich finden kann, was den Anschein eines zufälligen und aus jeder affektiven Genese herausgehobenen Ereignisses bildet. Viel häufiger verdanken alle diese Erlebnisse ihren Ursprung der schon bestehenden, wenn auch noch in ihrem



affektiven Keimen leicht beherrschbaren Paranoia. Ganz abgesehen davon, ob solche Möglichkeiten Tatsachen werden, ändern sie nichts in bezug auf die nach jenem Erlebnisse sich einstellende Nichtübereinstimmung des folgenden Räsonnements mit der Wirklichkeit. Die Intelligenz leistet doch in der Aufnahme des zu verarbeitenden Materials an sich keine andere als eine rein aufnehmende Arbeit. Das Abweichen von dieser ihr natürlichen Bestimmung verlangt einen ihr exogenen Faktor. Die Weiterführung dieses Gedankens führt zu den gleichen Resultaten wie früher. Der Affekt ist die genetische Grundlage alles Wahnhaften.

Tut der Affekt alles? Worin besteht die Arbeit oder die Mitarbeit der Intelligenz? Ich habe ausgeschlossen, daß die Intelligenz beim Auftauchen eines Wahngebäudes als aktiver Fehler einwirken könne. Man hat gemeint, daß die bei beginnender Paranoia nachweisbare oder, besser ausgedrückt, die bei später sicher gewordenen Paranoikern vor ihrer fixen Wahnbildung sich bemerkbar machende assoziative Lockerung, die bei den einen als eine assoziative Mehrleistung, bei andern als eine Hemmung des assoziativen Ablaufes sich geltend macht, als ein der Intelligenz an sich entspringendes Moment, in ihr allein ihr begründendes Moment finden müsse. Die Unfähigkeit, seine Gedanken entsprechend dem normalen natürlichen Wesen der Intelligenz den jeweiligen Bedürfnissen der andrängenden Außendinge anzupassen, soll ein Beweis sein, daß die Intelligenz in ihrer Innerlichkeit eine Einbuße erlitten hatte. Dieser Einwurf bedarf zu seiner Zurückweisung doch nur des Hinweises auf die vielen Unterbrechungen durch nach jeder Richtung ganz tadellose intellektuelle Arbeit. Darin liegt doch ein Beweis, daß von einer Störung der Intelligenz wohl nur in einem formellen Sinne hier gesprochen werden dürfe. Wie für jede andere formelle Störung, wird auch für die in Betracht kommende nur ein jener Fähigkeit externer Faktor in Kalkül gezogen werden können.

Die gleiche Zurückweisung hat Geltung für andere Einwürfe, welche auf vor dem Manifestwerden der Paranoiaerkrankung zutage tretende Zerstreutheit, Verschlossenheit, Schlaffheit der späteren Patienten hinweisen. Es ist allerdings richtig, daß man diesem Hinweise durch die einfache Behauptung nicht wirksam begegnen könne, daß die Konzentration der geistigen Tätigkeit auf Wahnideen der Faktor sei, welcher die Kranken zerstreut erscheinen lasse. Denn man würde so aus einer späteren Tatsache, dem Auftreten der Wahnideen, auf das Vorhandensein einer andern, zurückliegenden schließen, die mit ihr nicht zusammengehört.

Versucht man es schließlich gar, die mangelhafte Assoziationstätigkeit durch ein Abgedrängtwerden des psychischen Lebens auf einen halbbewußten oder unterbewußten Zustand zu erklären, so hat man nach meiner Ansicht die Fra e einer grundsätzlichen Lösung nicht näher gebracht. Denn die darin liegende Verschiebung drängt weiter: woher jener halbbewußte oder unbewußte Zustand? Diese Frage findet ihre Lösung nur aus dem Affektiven. Denn daß gerade ein bestimmter Vorstellungskomplex die Fähigkeit erhalte, immer wieder andere verdrängend aus dem Unterbewußtsein aufzusteigen, liegt doch nicht in seiner Natur. Er empfängt sie ja auch von der ihm verbundenen Affektivität her. Denn



da die Assoziationstätigkeit nur in der allgemeinen Bindung an die Assoziationsgesetze, nicht aber an vereinzelte Assoziationsinhalte verläuft, braucht die Heraushebung solcher, ganz besonders in der aufdringlichen Art, wie das bei Paranoia geschieht, ein außer ihr liegendes treibendes Motiv. Ein inneres Motiv würde dann genügen, wenn eine Störung der Assoziationstätigkeit als solcher vorläge. Im Falle der Wahnbildung ist aber dieselbe nicht als solche, also nach ihrem ganzen Inhalte, sondern nur eine ganz spezielle Seite derselben gestört. Daß möglicherweise der Beginn dieser Störung weit vor die Zeit des Auffälligen voraus zurückreiche, kann zugegeben werden. Aber daraus kann noch lange nicht geschlossen werden, daß jenes Auffälligwerden (durch Affektentladungen) als eine Explosion eines bisher nicht vorhanden gewesenen Affektes zu werten sei. Nicht der Affekt als solcher tritt als etwas Neues auf, sondern nur die Intensität des Affektes. Die zugegebene Möglichkeit teilt ihre Plausibilität mit der gleichen Möglichkeit des Affektes. Letztere aber hat die Analogie mit dem normalen Geistesleben für sich. Die Grundgesetze des Geisteslebens sind für die unterbewußten geistigen Vorgänge dieselben wie für die bewußten. Darum trägt die erwähnte Verschiebung aus dem bewußten Anteile des Geisteslebens in den unterbewußten zur Lösung der Frage des Vorwurfes nicht bei. Im Gegenteile scheint sie gerade geeignet, die Wirksamkeit des affektiven Faktors noch deutlicher hervortreten zu lassen, weil sie die Notwendigkeit desselben noch deutlicher und wo möglich noch dringender vor Augen führt. —

Im Geistesleben der Gesunden bietet sich ein Analogon der Wahnideen des Geisteskranken bei den eigentlich Affekterregten dar. Dem psychologisch Denkenden ist es klar, daß ein grundsätzlicher Unterschied in der Genese der beiden Wahnkomplexe nicht denkbar ist. Bei beiden handelt es sich um eine Störung des zwischen Verstand und Affekt immer vorhanden sein sollenden, objektiv äquivalenten Verhältnisses. Bei beiden erfolgt eine Verschiebung zugunsten irgendeines nicht mehr objektiven, sondern subjektiven Faktors. Nach aller Erkenntnis erfolgt dieselbe bei affektiven Erregungen nur aus diesen selbst heraus. Andrerseits läßt die psychologische Erfahrung überhaupt eine andere Entstehungsmöglichkeit nicht finden. Daher hieße es, die Natur vergewaltigen wollen, wenn man, bei der Genese der Wahnideen in der Paranoia von dieser psychologischen Erfahrung abgehend, in das Wesen der Psyche eine neue darstellende Kraft hineintragen wollte. Wie sie psychologisch unmöglich ist, ist sie auch unnötig. In nichts anderem aber als in solcher Notwendigkeit könnte die Ergründung der als neu herausgekommenen Geisteskraft liegen. Der Unterschied der im Affekte Geistesgesunder auftretenden Wahnideen und der paranoischen Wahnideen ist kein das innerste Wesen beider treffender, liegt ganz in demselben äußeren Momente, deren Tiefe und damit deren Korrigierbarkeit bzw. Unkorrigierbarkeit.

Damit berühre ich einen Punkt, der nach meiner Ansicht das innerste Rätsel der Paranoia bildet. Ein Rätsel dadurch, daß im Geistesleben Geistesgesunder kein Analogon für seine psychologische Plausibilität zu finden ist. Es stellt sich dar als die „unvergleichbare subjektive Gewißheit, mit der Paranoiker an ihren Wahnideen festhalten“, als deren Ausfluß deren Unbeeinflußbarkeit durch Erfahrung und logische Schlüsse sich

larstellt. Zu seiner Lösung bedarf man der Annahme einer Veränderung ler Persönlichkeit des kranken Individuums, von der eine Beschreibung oder gar eine begriffliche Formulierung zu geben mir nicht möglich erscheint. Die einzige Möglichkeit, diese Änderung psychologisch verständlich zu machen, liegt nach meiner Auffassung nur in der affektiven Begründung wahnhafter Ideen überhaupt. Wenigstens sehe ich keine andere Motivierung für eine feste Verankerung von Vorstellungen, die in der Außenwelt kein Prototyp haben.

Darin liegt auch der Grund, aus dem es dem Beobachter gegenüber so vielen Paranoikern nicht gelingt, sich ihnen einzufühlen. Stellten die Wahnideen etwas dar, das aus einem Defekte der intellektuellen Fähigkeiten entspringt, dann würde dem Beobachtenden das Verständnis der krankhaften Ideen nie, wenigstens nie in so hohem Grade erschwert sein, wie es seine verständnisvolle Stellungnahme zum Paranoiker ist. Dieses Erschwernis entspringt dem Fehlen des objektiv einheitlichen, weil ganz passiven Maßstabes, wie er in der Intelligenz mit ihren quantitativen, aber nicht qualitativen individuellen Verschiedenheiten liegt, eines Maßstabes, der seine objektive Einheitlichkeit aus der überindividuellen Angleichung an die Außenwelt erhält. Würde nun die Wahnidee genetisch primär in einem Fehler der Intelligenz begründet sein, dann müßte sie dem Beobachter unter allen Umständen in ihrer Entwicklung verständlich werden. Daß sie das nicht wird, beweist schon, daß ihre Genese eben andere Wege gegangen ist. Auch die Verfolgung des Gedankens der Einfühlung führt ganz weg von der Auffassung, wonach die Genese der Wahnideen auf primäre Intellektualität sich gründen soll. Dagegen bietet er der Annahme primärer Affektivität gar keine Schwierigkeit.

Die Paranoia hat man seit je her als eine funktionelle Geisteskrankheit angesehen. *Nißl* meinte nun in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, es sei höchste Zeit, den Begriff der funktionellen Geistesstörungen aufzugeben, weil die Wissenschaft Krankheiten, die sich auf einem anatomisch intakten Boden entwickeln, nicht kenne. Wenn er nun meint, daß er damit jene Psychiater treffe, welche meinen, daß bei den funktionellen Psychosen keine materiellen Vorgänge im Gehirn vor sich gehen, dürfte die Frage nicht unangebracht sein, ob *Nissl* denn materiell mit anatomisch gleichsetze? Zwischen diesen beiden Begriffen ist doch ein Unterschied insofern, als der erstere als Gattungsbegriff letzterem als Artbegriff gegenübersteht. Diejenigen, welche das Wesen der funktionellen Störung in verändertem Chemismus oder in Innervationsänderungen der Gefäße suchen, verkennen damit sicher nicht, daß auch dies materielle Veränderungen sind. Solange der Beweis nicht erbracht ist, daß es anatomische Rindenerkrankungen gibt, welche plötzlich auftauchen, auch plötzlich vergehen und — was die Wahnideen besonders angeht — nicht auf dem ganzen Gebiete ihrer Inanspruchnahme zur Geltung kommen, kann von einer anatomischen Grundlegung aller Hirnrindenstörungen nicht die Rede sein.

Ich glaube, daß die materielle Grundlage für die Störung in der Affektivität, welche ich als die genetische Basis der Wahnbildung ansehe, in krankhafter funktioneller Veränderung jener Hirnanteile zu suchen



sei, welche zu dem Gemeingefühle in Beziehung stehen. In der Beharrlichkeit dieser Änderung sehe ich auch den Grund der dauernden seelischen Neigung, die Vorstellungen in einseitiger Fixierung laufen zu lassen. Jene Änderung muß darin bestehen, daß die tatsächlich zum Bewußtsein kommenden, im Materiellen entspringenden Empfindungen der Adäquation zu den normalen physiologischen Vorgängen entbehren, welche dem natürlichen Zwecke jener Empfindungen entsprechen. Dadurch bilden sie die Grundlage jener Persönlichkeitsänderung des Paranoikers, die ihn nie zu einer innerlich wahren Auffassung seines Ichs und dessen Stellung zur Außenwelt kommen läßt. Indem solche Empfindungen fort und fort gegen das vorstellende Seelenvermögen andrängen, wird dessen Kraft zur objektiven Korrektur geschwächt und schließlich ganz aufgehoben. Darin liegt nichts der normalen Psychologie Zuwiderlaufendes, vielmehr stellt es sich als etwas dar, was aus ihr seine Bestätigung findet. Denn die psychologische Erfahrung bietet täglich eine Unmenge Beispiele dafür, wie der Einfluß einer Gewohnheit und insbesondere affektiv betonter Gewohnheit den ganzen Gedankengang eines Individuums zu einer weitgehenden Einseitigkeit bindet.

Darüber kann nach meiner Meinung von vornherein nichts ausgesagt werden, ob jene krankhafte Veränderung eine angeborene oder eine einem akuten Krankheitsprozeß entsprungene sei. Auch darüber nicht, nach welcher Richtung sie laufe und welchen Punkten sie spezifisch sei. Diese Feststellungen können nur und erst an Hand der Erfahrungen und rein a posteriori gemacht werden. Diese Fragen sind in den meisten diesbezüglichen Arbeiten gestreift worden. Geeinigt hat man sich über sie nicht. Sie fallen zusammen mit den Anschauungen über paranoische Disposition und paranoischen Charakter. Diese werde ich noch behandeln.

Indem ich also von der krankhaften Veränderung mit der Negation, daß sie in einer anatomischen Veränderung bestehe, in die Diskussion der stofflichen Begründung aller Geisteskrankheiten eintrete, erübrigt nur noch die Annahme, daß jene erstere in einem vorliegenden stofflichen, aber nicht anatomischen Substrate zu suchen sei. Ob ihr stoffliches Substrat in einer chemischen oder rein nervösen Alteration, in einer Veränderung der Hormone oder in einer Verknüpfung dieser Änderungen liege, darüber kann man nach meiner Meinung überhaupt kein Urteil abgeben.

Als notwendige Bedingung für die Ausbildung paranoischer Wahnideen hat man vielfach das Vorausgehen von Schwachsinn gefordert. Die Vertreter dieser Ansicht haben sich über eine einheitliche Auffassung dieser Forderung nicht einigen können: die einen suchten den Schwachsinn im Gebiete der Intellektualität, andere in dem des Gefühlslebens und des Wollens; während die einen nur quantitative Intelligenzänderung genügend erachten, haben andere eine qualitative Änderung verlangt. Die Ansichten der letzteren laufen darauf hinaus, daß die Entstehung der Wahnideen durch eine primäre Störung im Vorstellungsleben auf dem Boden mangelnder Kritik zu erklären sei, während die Verfechter einer quantitativen Intelligenzänderung ihnen entgegenhielten, die Grundlage des Seelenlebens des Paranoikers bestehe in einer Veränderung zentraler Elemente, in welchen alle Eindrücke zur bewußten Wahrnehmung gelangen, und die Wahnideen seien nicht der Ausdruck eines pathologischen Prozesses,



welcher die spezifischen Intellektualleistungen selbst betrifft, also eines psychischen Schwächezustandes, sondern stellten Anteile dar, welche sich als sekundäre Form auf der Basis der durch die genannte Veränderung bedingten veränderten Auffassung der Außenwelt entwickeln.

Denjenigen, welche für die primäre Intellektualität der Paranoia eintreten, scheint die Forderung eines grundlegenden Schwachsinns ein notwendiges Korollarium ihrer Hauptansicht zu sein. Denn nur so kann das Verständnis dieser letzteren näher gerückt werden. Freilich kommt man auch so nicht um den schon gemachten Vorhalt herum, wie damit die sonstige Kritikstärke so mancher Wahnkranker zu erklären ist, ebensowenig wie um den gleichfalls gemachten, wie diese Einschränkung des kenntlich werdenden Schwachsinns auf das enge Gebiet der Wahnideen möglich sei. Denn gegen eine Tatsache gibt es keinen Beweis. Und Tatsache ist nun einmal, daß zum wenigsten ein großer Teil der Paranoiker nicht schwachsinnig ist. Das ganze Konglomerat der Wahnkranken ist zur Bildung des Urteils in der Frage des Vorwurfes in Betracht zu ziehen, nicht ein Abschnitt noch dazu mehr oder weniger zufälliger Wahnkranker. Das tun z. B. diejenigen, welche ihren Erwägungen die Krankheitsgeschichten an Dementia praecox paranoides Leidender zugrunde legen.

Die Meinung von der Veränderung zentraler Elemente fordert das natürliche Kausalitätsbedürfnis zur Frage heraus: Liegt die Schuld an ihr in einer materiellen Änderung dieser oder aber: liegt letztere nicht vor, dagegen eine Änderung ihrer Funktionskraft, die ihr Motiv in einem sie beeinflussenden äußeren Momente hat? Mit der Bejahung des ersten Frageteiles verstrickt man sich wie alle Anhänger ähnlicher Auffassungen in die unlösbare Schwierigkeit, zu erklären, wie jene Veränderung nur bei einer ganz umschriebenen Benutzung jener zentralen Elemente hervortrete, während sie bei jeder andern (durch andere Vorstellungskomplexe verursachten) nicht vorhanden ist. Außerdem kann man darauf hinweisen, daß jene zentralen Elemente, wenn man sie als psychische ansieht, einen solchen einseitigen Funktionsausfall nicht zulassen. Es ergäbe sich vielmehr die notwendige Folgerung, daß auch den Anhängern der in Rede stehenden Auffassung schließlich nichts übrig bliebe, als jenen, welche eine allgemeine Vorstellungsschwäche zur Grundlegung der Wahnideen verlangen, so weitgehende Konzessionen zu machen, daß beider Anschauungen sich decken. Die Bejahung des zweiten Frageteiles wird aber bei der Suche nach dem in Betracht kommenden äußeren Faktor gerade dahin führen müssen, wohin ich auf andern Wegen schon in früheren Ausführungen gekommen bin: daß ohne Hilfe des affektiven Vermögens der Psyche jene Änderung der Funktion der zentralen Elemente nicht erklärt werden könne.

Die Ansicht, daß ein allgemeiner Schwachsinn zur Erklärung der Wahnideen des betreffenden Individuums erforderlich sei, hat heute nur noch historischen Wert.

Die allgemeine Richtung der Wahnideen folgt nach dem bisher Ausgeführten dem Zuge des zugrunde liegenden Affektes. Für die paranoischen Wahnideen hat die klinische Erfahrung die nähere Bestimmung gegeben, daß Verfolgungswahn und Größenwahn die beiden Haupt-

richtungen seien, nach denen die paranoische Wahnbildung sich bewegt. Sie sind die Ausflüsse einer krankhaften Eigenbeziehung, welche schon in dem der Paranoia eigenen Prodromalstadium der unbestimmten Unruhe vorhanden ist. Man hat gemeint, daß in dem Wesen dieser krankhaften Eigenbeziehung vor und in der Paranoïa kein Unterschied zu konstatieren sei, in letzterer gegenüber ersterer nur eine Hypertrophie der in ihrem innersten Kern schon veränderten Persönlichkeit sich kundgebe. Ich erachte es als eine ganz unwesentliche Formsache, daß andere von dieser Beziehung nichts wissen wollen. Diese reden der *Meynert*schen Bezeichnung Beachtungswahn das Wort oder auch der *Hitzig*schen Bezeichnung Beziehungswahn. Man hat diesen Ausdrücken vorgeworfen, daß sie zu wenig die mißverständliche Auffassung einer bewußten Reflexion bei dem der Paranoia eigentümlichen Vorgange einer unbewußten subjektiven Fälschung vermeiden und mehr das Produkt des paranoischen Denkvorganges als diesen selbst zum Ausdruck bringen.

In der krankhaften Eigenbeziehung finden ihre Verteidiger den unmittelbaren psychischen Ausdruck der krankhaften Störung, ein primäres pathologisches Symptom, demgegenüber das Wahnsystem ein sekundäres und durch normale psychische Arbeit vermitteltes Erzeugnis der Krankheit darstelle. Die Tatsache, daß in manchen Fällen diese krankhafte Eigenbeziehung für längere oder kürzere Zeit das einzige Krankheitssymptom darstellte, und daß man sie in keinem Falle chronischer Wahnbildung vermißte, führte *Neisser* dazu, sie als das primäre Kardinalsymptom der Paranoia anzusehen. In späteren Veröffentlichungen gab er zu, daß er es bei dessen komplizierter, hauptsächlich aktiver Genese nicht mehr als primäres Symptom gelten lassen könne. Allerdings muß ihm zugegeben werden, daß die unmittelbare klinische Beobachtung eines Falles und seine anamnestische Erforschung oft nur bis zum Nachweise jenes Symptomes führt.

Nach meiner Ansicht bedeutet das Fallenlassen der Behauptung, daß jene Eigenbeziehung das Primärsymptom in der Genese der Paranoia darstelle, die Abkehr von der Ansicht der primären Intellektualitat der Wahnideen und die Hinwendung zu der von der primären Affektivität.

Tatsächlich erscheint mit der krankhaften Eigenbeziehung über den Ursprung derselben und über deren psychologische Begründung noch nichts ausgesagt, weil, wie schon mehrfach ausgeführt, jenes Phänomen, da es keinem allgemeinen intellektuellen Defekt entspricht, keine psychische Elementarerscheinung darstellt.

Die Tatsache der bei der Paranoia verfälschten Eigenbeziehung ist geeignet, die Ansicht von der primären Affektivität der Wahnideen von einer neuen Seite zu beleuchten. Es ist nämlich psychologisch unverständlich, daß das intellektuelle Vermögen seine ihm natürliche und innere Fähigkeit, sich in seinen Erscheinungen dem Eindrucke der Außendinge anzupassen, aus sich heraus aufgeben und dafür eine ihm wesensfremde Eigenart eintauschen sollte. Diese Annahme wäre gleichbedeutend einer aus eigener Kraft vorgenommenen Wesensänderung. Wenn die Intellektualität die Erfassung aller Dinge nach ihrem objektiven Sinn, ohne jede Rücksicht auf ihren Hinweis zur Person des Erkennenden als Wesenszug in sich trägt, dann muß jede Abweichung von dieser Regel aus der



einzigen psychologischen Möglichkeit ihres Zustandekommens, wie ich sie im Vorhergehenden schilderte, ihre Erklärung finden. Aus dieser hat jene auch alle graduellen Verschiedenheiten zu beziehen, sowohl Dauer wie Intensität der individuellen Verschiedenheiten betreffend.

Es ist wunderlich, daß man gerade diese Verfälschung der Eigenbeziehung zum Beweise heranzog dafür, daß die ganze Ätiologie der Wahnideen im Intellektuellen allein sich abspiele. Daß diese Beziehung nach ihrer materiellen Fundierung dort liegen müsse, wird von niemandem bestritten; handelt es sich doch um einen nach seinem innersten Wesen intellektuellen Vorgang. Mit dieser materiellen Fundierung ist aber nach aller Psychologie die intrapsychische Verwertung des genannten Vorganges nicht abgeschlossen. Sie bildet den Stein, dessen Stelle im psychischen Aufbau durch ihm außenliegende Kräfte erst noch bestimmt wird. Diese Kräfte sind Wille und Gefühl. Willenskraft fällt nicht in den Rahmen der vorliegenden Arbeit, wo es sich darum handelt, die unwillkürliche Verschiebung des psychischen Gebäudes darzulegen. Man kommt auch durch diese Erwägung zum Schlusse, daß eine der physiologischen Bestimmung der Intelligenz zuwiderlaufende Konstellation intellektueller Vorgänge nur durch ein Eingreifen der Affektivität erfolgen könne. Psychologisch kann darum eine den objektiven Verhältnissen nicht gerecht werdende intellektuelle Beziehungsetzung nur darin ihre Erklärung finden, daß man der Affektivität allein und ganz den Einfluß auf die unbewußte Funktionalität der Intelligenz läßt und ihr wie für die psychophysiologischen auch für die psychopathologischen Äußerungen des Seelenlebens das Amt wahrt, eigentlicher Baumeister des psychischen Lebens zu sein.

Neben dieser allgemeinen Richtungsbestimmung steht die Fixierung des Gedankenablaufes zu einem bestimmten Vorstellungskomplex. Dazu ist die Affektivität sicher nicht mehr allein imstande. Sobald die Frage nach dem Inhalt der Wahnideen gestellt wird, kann man zu ihrer Lösung genau in derselben Weise, wie früher bei Bestimmung der Genese nicht um die Affektivität, nicht um die Intellektualität als den Kardinalfaktor herumkommen. Die Intelligenz bildet die Qualität der Wahnideen aus, gibt die Materie her, mit der ein aus der Affektivität entstammender Formanteil die zur Erscheinung kommenden konkreten Wahnideen gestaltet. Als materieller Anteil verdankt er sein Wesen der aus der Natur jeder Intellektualität notwendigen passiven Form seines Inhaltes. Nur in der Intelligenz schon liegende psychische Vorstellungskomplexe können im Geistesleben überhaupt zu einer Qualitätsbestimmung des Vorstellungsinhaltes wirken, ein psychologisches Grundgesetz, das wegen seiner elementaren Kraft auch im Geistesleben Geisteskranker seine Wirksamkeit behalten muß. Der Intelligenz eventuell imanente Defekte haben auf die Wirksamkeit an sich keinen Einfluß, sondern nur auf die zufällige Quantität der im Denken liegenden und antretenden Produkte, seien es nun Wahrnehmungsvorstellungen, seien es Erinnerungsvorstellungen.

Als jenen intellektuellen Faktor, welcher das Herausgreifen eines bestimmten Vorstellungskomplexes aus dem geistigen Inventar zum Zwecke der wahnhaften Verfälschung plausibel macht, sehe ich den Charakter an. Mit einer bestimmten rein affektiven Veranlagung wird nach



meiner Auffassung jenes Herausgreifen nicht erklärt. Denn so einseitig kann ja die Affektivität gar nicht aus sich dirigiert werden, daß sie in einer engbegrenzten Richtung nach einem bestimmten Zielpunkte mit Ausschluß aller nebenliegenden losfahren könnte. Diese Leitung kann nur von einem Faktor herkommen, der in sich neben einer Komponente der Affektivität eine andere der Intellektualität birgt. Dieser Faktor ist eben der Charakter eines Individuums als die in allen einzelnen Äußerungsformen hervortretende geistige Eigentümlichkeit eines Menschen.

Diese Einwirkung des Charakters macht es verständlich, daß der Gedankengang des Paranoikers, wie von dem augenblicklichen Zustande des Bewußtseins, auch von der Vergangenheit bestimmt wird, wodurch es geschieht, daß der im Charakter liegende aktuelle Zusammenhang des gesamten geistigen Lebens zum Ausdrucke kommt.

Das schon lange vor der erkenntlichen Paranoiaerkrankung im Charakter der betreffenden Individuen in die Augen fallende eigentümliche Moment ist die Degeneration, welche *Ziehen* als paranoide psychopathische Konstitution bezeichnete. Er meinte, die geistige Veranlagung des Paranoikers als eine gewöhnlich unter dem Durchschnitt stehende oder eine auffällig einseitige auffassen zu müssen. Gerade diese letztere Bezeichnung, Einseitigkeit, scheint mit zur Klärung beizutragen.

Als wenigstens ätiologisch begründetes Moment für diese Einseitigkeit haben die Autoren in überraschender Übereinstimmung erbliche Belastung angesehen, welche sich meist auch vom Standpunkte der Individualpsychologie aufweisen lasse, indem es möglich sei, psychopathische Züge bei den betreffenden Individuen bis weit vor den Beginn der paranoischen Erkrankung zurückzuverfolgen.

Die eben geschilderte, im ganzen Psychischen, der Intellektualität und der Affektivität begründete Charakterdisposition möchte ich als paranoide Disposition bezeichnen, im Gegensatze zur Anschauung anderer Autoren, die auch sie als eine einseitig affektiv begründete ansehen. So hat *Friedmann* die von ihm vermutete präexistente Geistesanlage des Paranoikers insbesondere darin gesehen, daß dieser von frühauf Sklave seiner psychischen Erregbarkeit und seiner Affekte sei, daß er nicht lerne, sein Affektleben, sein Affekturteil hinreichend durch Gedankengänge in Perioden ruhiger Reflexion zu rektifizieren. Ich verkenne nicht, daß jene paranoide Disposition eine angeborene Alteration des Gefühlslebens nach einer bestimmten Richtung in sich schließe, meine aber, daß die Einengung des Gedankenablaufs zu einem beschränkten Komplex hin doch erst dann vollkommen erklärbar werde, wenn man einen locus minoris resistentiae der Intelligenz aufweisen kann, der für die gewohnheitsmäßige Wiederkehr bestimmter Assoziationen besonders empfänglich ist.

Jene Einseitigkeit des intellektuellen Lebens möchte ich nicht mit dem von andern Autoren in die Ätiologie der Paranoia eingesetzten Schwachsinne verwechselt sehen. Denn ich habe mit jener Bezeichnung nicht einen Defekt der Kritikfähigkeit selbst im Auge, sondern der gewohnheitsmäßigen Unterlassung ihrer Ausübung. Diese kann und wird in den meisten Fällen den vollkommenen Schein eines im Wesen der individuellen Intellektualität liegenden Defektes erwecken, woraus sich die auch Fachleuten unterlaufende Häufigkeit einer Verwechslung erklärt.

)ie anscheinend in der Einseitigkeit zutage tretende Störung des seelischen ileichgewichts ist keine in der Wurzel der individuellen Intellektualität egründete Erscheinung, sondern begründet sich in der Aktualität derelben bei von außen her bewirktem Festhalten der jeweiligen intellekuellen Konzentration. In gewissem Sinne kann man auch hier von iner psychischen Ataxie reden. Doch wäre dieser Ausdruck im jetzt emeinten Sinne nicht als ein wahres und inneres Unvermögen schlechthin ufzufassen, sondern als eine Neigung, von der objektiv richtigen geistigen Linie abzuweichen, welche Neigung ihren Ursprung in der unter Umtänden durch Konstitutionsanlage begünstigten gewohnheitsmäßigen Übung eines bestimmten Vorstellungskomplexes hat. Diese Neigung bedeutet trotz aller an den Tag tretenden Hartnäckigkeit und Begrenzung keine Defektuosität der Intelligenz und kann durch schwerere Gemütszustände in ihrer Wirksamkeit ganz in den Hintergrund treten, wobei lann gleichzeitig noch die bestehende, allseits unversehrte Intellektualität zur Erscheinung kommt. Im allgemeinen aber wird gerade für solche loch nicht besonders willensstarke Individuen, die den größten Teil päterer Paranoiker abgeben, die erwähnte Einseitigkeit ein unübersteigliches Hindernis für eine objektive allseitige geistige Betätigung bilden, so daß sie einen Grundzug des Charakters abgibt, der für die Ausbildung wahnhafter Vorstellungen hauptsächlich Einfluß nehmen wird.

Diese paranoide Einseitigkeit erleichtert das Verständnis für die Tatsache der Unkorrigierbarkeit der Wahnideen. Denn gerade bei diesen besteht doch eine jedem Beobachter in die Augen springende Fixierung des Gedankenablaufs zu einem einseitig bestimmten Komplex hin. Eine entsprechende, schon vor der eigentlichen Erkrankung vorhandene Neigung wird begreiflicherweise eine solche Fixation unterstützen und deren Lösung um so schwerer machen, in je ausgreifenderer Weise sie ohnehin das Geistesleben beherrschte, zumal innerhalb der von der Natur des Krankheitsprozesses selbst gezogenen Grenzen die Wahnideen sich immer an die früheren Lebenserfahrungen Lebensanschauungen und Lebensgewohnheiten anlehnen. Daher kommt es, daß die allgemeinen sozialen, politischen und wissenschaftlichen Überzeugungen eines Individuums und einer bestimmten Zeit sich in den Wahnideen des Kranken wiederspiegeln. Insbesondere gehört hierhin die Erfahrung, daß bei den wahnhaften Ausdeutungen somatisch funktioneller Störungen jene allgemeinen Anschauungen maßgebend sind. Das Beherrschtsein von einem Wahne, der zum Mittelpunkt alles Denkens geworden ist, hat viel Analogie mit dem einseitigen Herrschen eines Gedankenkreises beim Gesunden, bald mehr mit dem zähen Voreingenommensein für eine Theorie, die dem Menschen zur Sache der eigenen Persönlichkeit geworden ist, bald mehr mit dem Herrschen gewisser Leidenschaften, die in ihren höheren Graden, wenn sie alles andere aus der Seele verdrängen, ebenso das geistige Leben veröden. Diese Analogie erstreckt sich auch darauf, daß dort wie hier die intellektuellen Störungen nicht als primäre Erscheinung, sondern nur als Folgeerscheinung einer affektiven Störung aufgefaßt werden müssen.

Gegenüber der psychologischen Festigkeit der Tatsache der affektiven Ätiologie der Paranoia halte ich die verschiedenen Fragen nach der



Umschreibung des in Betracht kommenden Affektes für ganz unterge ordnet. Denn mit jeder solchen Frage verbindet sich im weiteren Ver laufe der Diskussion ein Eingehen in den Streit, ob die Elementaraffekt in der Dualität: Lust-Unlust sich erschöpfen oder neben diesen, ihnen gleichwertig, sogenannte Mischaffekte angenommen werden müssen Einigkeit herrscht, daß immer der Unlustaffekt die Hauptrolle spiele Wieviel man diesem noch beizumischen habe, oder ob er ungemischt bleibe, scheint mir der rein subjektiven Auffassung so weiten Spielraum zu lassen, daß ich meine, es lohne nicht die Mühe, dieser Frage näher zutreten. Auch die andere Frage nach der Intensität des fraglichen Af fektes halte ich nicht für besonders bedeutungsvoll, weil ich auch hie der Meinung bin, daß die divergenten Behauptungen ihre Begründun in der Verschiedenheit des Beobachtungsmaterials haben können.

Mit der Behauptung der gesteigerten positiven oder negative Affektivität als der genetischen Grundlage der Wahnideen habe ich i Grunde nichts anderes getan als das, was *Specht* meint: daß nämlich da manisch-depressive Psychopathologische den Untergrund des wahnhafte Aufbaues darstelle. Nur hat *Specht* jenes Irresein im *Kraepelin*sche Geiste als Erkrankung aufgefaßt, bei der nie eine manisch-exaltative Er krankung im Ablaufe der Zeit ohne depressive Begleitung bleiben kann Dieser Auffassung kann ja widersprochen werden, es bildet aber nicht Grundsätzliches für die Entscheidung der jetzt in Rede stehenden Frage ob man auf dem Boden dieser Auffassung stehe oder nicht. Das hie einzig Wichtige ist, daß *Specht* sich mit mir in der Annahme der affektive Genese der Paranoia und noch dazu der beiden Elementargefühle de Lust und der Unlust trifft. Auch das ist nicht in die Wagschale fallend daß er die in der Paranoia bestehende Affektlage als eine aus exaltative und depressiven Gefühlstönen gemischte ansieht. Zwar schließe ich mic dieser Auffassung an. Noch nie sah ich eine Paranoia, deren genetisch Gefühlsgrundlage eine ungemischt manische oder eine ungemischt de pressive gewesen ist.

Auch die Auffassung eventueller in sich schon gemischter Affekt kann die Frage nach der primären Affektivität der Paranoia nich tangieren.

Wichtig ist es, aus der Erfahrung die Probe auf die Beweisführun zu machen. Liegt tatsächlich im werdenden Bilde der Paranoia die pr märe psychopathologische Störung in der Affektivität?

Maßgebend scheint mir für die Lösung dieser Frage das chrono logische Verhältnis beider Störungen. Merkwürdig ist, daß auch jene Autoren, welche für die primäre Intellektualität der Paranoia auf den Pla ziehen, ich meine ungewollt, die Darstellung eines am Beginne der Para noia stehenden Affektzustandes regelmäßig in die Feder fließt. Die Au drücke: Steigerung des Temperamentes, Gefühl des Erleidens, Unlust zu Arbeit, Mißtrauen, Gereiztheit dürften doch auch von den gemeinte Autoren eindeutig für eine affektive Äußerung gebraucht werden. Ma nennt die Paranoiker belastet durch charakterologisch schlaffes, sent mentales, zu Hyperchondrie und Eretismus hinneigendes Wesen, Em findsamkeit und Emotivität. Man bezeichnet als Charaktereigentümlic keiten der späteren Paranoiker Neigung zum Mißtrauen, Hang zur Ei samkeit und zu Grübeleien. Man gibt also für das Prodromal- und d

nitialstadium der Paranoia die Richtigkeit der von mir vertretenen Behauptung zu. Es scheint mir nun psychologisch unmöglich, daß im Verlauf des Leidens sich in diesem Verhältnis eine Änderung ergebe. Denn jene Gefühlsalteration besteht ja weiter. Beweis bilden die vielachen diesbezüglichen Äußerungen intelligenter und nicht abgeschlosseer Kranker, wie auch die lebhaften Gefühlsausbrüche, welche die sonst uhige Fortentwicklung der Krankheit durchbrechen.

Außerdem liegt in den Gefühlsausschlägen — vor allem den negaiven — eine derartige Abweichung von jenen normaler Individuen, daß lieselbe als Sekundärreaktion gar nicht begreiflich wird. Denn sie überchreitet in ihrer Intensität die Grenzen normal psychologischer Reaktion lerart, daß sie zur Annahme einer inneren Selbständigkeit und Unabängigkeit hindrängt, wenn man sie nach Intensität und Dauer wertet. An dieser Tatsache ändert die gelegentliche Änderung in der Motivierung ler jeweiligen Affektausbrüche und Gefühlsregungen nichts. Ich glaube, laß damit die Kette in der Beweisführung für die Selbständigkeit der iffektiven Alteration des Paranoikers sich selbst schließt.

Man darf sich nun nicht verhehlen, daß die Verteidiger der affektiven Ätiologie der Wahnideen mit der Feststellung des zeitlichen Primates und der dauernden Abnormität der Affektivität das Diskussionsfeld noch nicht für sich frei gemacht haben. Denn sie sind ihren Gegnern gegenüber erst soweit, ein Ergebnis der experimentellen Psychologie für sich anführen zu können, und zwar ein Ergebnis, welches von den andern zugegeben, aber anders gewertet wird. Wie schon früher dargelegt, werden nämlich alle jene zugegebenen, vor Ausbruch der eigentlichen Paranoia hervorgetretenen psychischen Abnormitäten einfachhin im Sinne eines intellektuellen Defektes gedeutet und die beim Paranoiker sich zeigende Gefühlsabnormität als eine sekundäre. Den Verteidigern der primären Affektivität bleibt daher nur der Appell an die allgemeine Psychologie übrig. Diese haben sie ganz auf ihrer Seite. Mit dieser Feststellung ist gleichzeitig das psychologische Postulat erfüllt, welches die psychologische Selbstbeachtung verlangt, um die Genese der Wahnideen psychologisch zu begründen. Ohne seine Erfüllung bleibt letztere ein ewiges Rätsel. Ich will damit nicht sagen, daß die andere Lösung der Streitfrage in das Gebiet der psychologischen und psychiatrischen Mythologie zu verweisen sei; es scheint mir dieselbe aber an dem großen Fehler zu leiden, daß sie die äußere Erscheinung der Paranoia nicht in ihrem natürlichen Zusammenhange mit dem ganzen psychischen Leben auffaßt, dieselbe vielmehr aus ihm herausreißt. Die damit geschaffene künstliche Isolierung psychischer Vorgänge bleibt ein Kunstprodukt. Darüber kommt man mit aller Feinheit in den für sie gewählten Bezeichnungen nicht hinaus.



Verhältnisblödsinn (Bleuler).

Von

Dr. **H. van der Hoeven** in Utrecht (Holland).

Herr X., geboren 1881, war immer von schwierigem Charakter, aufbrausend, eingebildet und von sich selbst eingenommen. Er hatte literarische Bedürfnisse. Er lernte gut und wurde in seiner Jugend von seinen Eltern, die übertriebene Erwartungen in ihn setzten, zu viel vergöttert und verdorben. Er lernte seine Launen nicht bezwingen und konnte Enttäuschungen nicht entgehen. Er wurde erst Lehrer, übernahm später eine Verwaltungsstelle, wo er schnell Abteilungschef wurde. Die Familiengeschichte bringt nichts Besonderes.

Ende 1911 entstehen ernste Schwierigkeiten. Pat. beginnt seine Fähigkeiten zu hoch einzuschätzen, bemüht sich ohne Aussicht um einen Bürgermeisterposten und schreibt den unvermeidlichen Fehlschlag dem Entgegenarbeiten seiner Mitbeamten und weiteren Umgebung zu, denen er mit seinem Mißtrauen und gehässigen Bemerkungen lästig wird. Er wird reizbar, trumpft auf gegen seine Frau, ohne daß sie weiß, warum. Ab und zu wird es so schlimm, daß sie fürchtet, ihr Mann sei irrsinnig.

Auf Betreiben seines Chefs wurde er im Oktober 1911 in einem Sanatorium aufgenommen. Er klagte da über Herzklopfen, über Verfall der Kräfte und über Erschlaffung seiner Geschlechtsorgane; schreibt: „ich denke, daß ich irgendwo Schwindsucht habe“ und „das Ende wird wohl der Tod sein“. Daneben fällt seine Neigung auf, tiefsinnige philosophische Gespräche auf das Tapet zu bringen, ohne Rücksicht auf Zeit und Zuhörer. Mitten in der Nacht beginnt er mit der Pflegerin religiöse Debatten. Er liest viel in der Bibel und singt überlaut Psalmen.

Gegen Gutfinden des behandelnden Arztes wird er Anfang November 1911 aus dem Sanatorium entlassen. Es geht sehr schlecht zu Hause. Es ist nicht mit ihm umzugehen, er ist mißtrauisch, hochmütig, frech und unmanierlich, mitunter aggressiv. Er lebt auf Kosten seiner Eltern, die er tyrannisiert, macht seiner Frau das Leben unmöglich, so daß Scheidung von Tisch und Bett notwendig wird, und nach endlosem Elend und Schwierigkeiten wird er 1917 in eine Anstalt für Geisteskranke gebracht.

Bei seiner Aufnahme beträgt er sich ruhig, trotzdem er energisch protestiert gegen seine Festsetzung. Er gebraucht dabei hochtrabende Worte, spricht sehr breit, gebraucht allerlei fremde Ausdrücke, sagt, daß er es sich gefallen lassen will, weil er begreift, daß sonst „force majeure“ droht, trotzdem auf ihn „mutatis mutandis“ zutrifft: mens sana



in corpore sano. Aus seinen Taschen erscheint eine merkwürdige Anzahl von Schriften, Gedichten und gelehrten Sachen. Auf seinen Visitenkarten führt er hinter seinem Familiennamen einen zweiten Namen und nennt sich „philologischer Psychiater". Pat. hat leichten Beziehungswahn, meint, daß katholische Einflüsse in der Anstalt am Arbeiten sind, um ihn zum Priester zu machen, schreibt auch die Scheidung diesen Einflüssen zu, die ihn zum Priester geeignet machen wollen. Die Oberin des Pavillons suche sexuelle Annäherung an ihn.

Später zeigt sich mehr und mehr, daß das alles nur sekundär ist. Das Bild wird beherrscht von einer grenzenlosen Selbsteingenommenheit, er ist eingebildet und stolz, spielt an auf eine hohe Berufung. Einmal teilt er geheimnisvoll mit, daß er bald zum Privatsekretär eines kgl. Gesandten ernannt werden solle, dann wieder, daß er sich unter besonderem Schutz der königlichen Familie spüre, die von all seinem Tun und Lassen unterrichtet sei. In seinem Auftreten ist er, trotz seiner übertriebenen Höflichkeit und seiner untertänigen Wohlerzogenheit, sehr anmaßend und aufdringlich. Er verlangt andauernd seine Entlassung, meint, daß ihm ein sehr großes Unrecht geschehe, und daß es sehr zum Schaden der Wissenschaft sei, wenn er in der Anstalt gehalten und dadurch von seinen wichtigen Studien abgehalten werde. Dabei hält er gelehrte und dunkle Vorträge über „Orangismus" und „Bibeltum".

Für seine Studien wünscht Pat. nach Utrecht gebracht zu werden, damit er die Universitätsbibliothek besuchen könne. Deshalb kam er am 31. 1. 19 in die Irrenanstalt zu Utrecht und in meine Behandlung. Ich höre da von ihm, daß in den 60er Jahren in Utrecht ein gewisser Herr B., Provinzialbeamter, wohnte, der schrieb 2-Pfennigblätter, bekannt als „die Blätter von Kees". Pat. besitzt ein vollzähliges Exemplar. Ihr Zweck sei: Propaganda für den „Orangismus", damals noch nicht in wissenschaftlicher Richtung, sondern einfach als Anfeuerung zur Liebe für das Fürstenhaus Oranien. Die über das ganze Land verbreitete Bewegung zu organisieren, habe Pat. übernommen. Er fühlte sich dafür begeistert, weil sein Großvater Mitstifter des Oranien-Waisenhauses zu H. war, das gebaut wurde vom übriggebliebenen Gelde bei einer Huldigung Wilhelm III. nach einer großen Überschwemmung.

Der „Orangismus" ist in seiner gegenwärtigen Form ein „politisch-philosophisches" System, das in Verbindung steht mit der Entwicklung des niederländischen Volkslebens und der Staatsanschauung, speziell des Regierungssystems der Oranier. Es hat eine staatliche Seite, ausgedrückt in dem Worte „Freiheit", welche allen Zweigen des Hauses Oranien die Richtung vorgeschrieben hat; eine religiöse Seite, „konzentriert" in der Bibel als Parallele des „Freiheits"prinzips und vergegenwärtigt durch dieselben Personen wie dieses, und eine gesellschaftliche Seite, deren Kern sich umschreiben läßt in „Zusammenarbeiten in Freiheit". Der eigentliche Kern des Orangismus als „Lebenssystems" ist das „Bibeltum" als Kulturauffassung, wobei gestrebt wird nach Entwicklung der Charaktere nach hebräisch-semitischem Vorbild im Gegensatz zum germanischen Typus. Oranien ist die Verkörperung dieses Strebens. Denn da von Jesus geschrieben wird, daß er vom Geschlechte des Königs David war, ist Bibeltum implizite monarchisch.



Diese kurze Darstellung des Lebenssystems habe ich, nicht ohne große Mühe, zusammengesucht aus langatmigen und von Gelehrsamkeit strotzenden Schriften und aus weitläufigen mündlichen Mitteilungen. Mag die Beschreibung auch deutliche Spuren dieses eitlen, eingebildeten Gelehrsamkeitswahns tragen, man wird zugeben müssen, daß der Inhalt, obwohl gar nicht tiefsinnig (im Gegenteil nichts wie einige einfältige Gedanken unter dem Schein von Tiefsinnigkeit verborgen), nichtsdestoweniger logisch und zusammenhängend ist.

Der Pat. genießt ein großes Maß von Freiheit, welches er zum Besuch der Bibliothek und zu Studien auf einem ihm von seiner Familie eingerichteten Zimmer benutzt. Beschwerden liefen hierüber nicht ein, nur mußte er ab und zu angehalten werden, sich seinen Familienangehörigen nicht öfter aufzudrängen, als ihnen lieb war, und belästigte er Fremde durch Besuche oder Briefe, wobei aber seine übertriebene Wohlerzogenheit und seine kriechende Höflichkeit störender war als der Inhalt seiner Mitteilungen und Bitten. So schreibt er an den Regierungspräsidenten am 31. 8. 20 folgenden Brief, der ein sprechendes Bild gibt von seiner imitiert-offiziellen Ausdrucksweise, seiner eingebildeten Pseudogelehrtheit und seiner Gewohnheit, kriechende Untertänigkeit mit schlecht bezwungenem Hochmut zu mischen.

„Hochgeschätzter Herr.....

Zu meinem Bedauern muß ich Ihnen die Mitteilung machen, daß die Agnietenstraße 2 [die Irrenanstalt] mir nicht die mir zukommende, gut situierte Position geben will. Dies ist auch ein Grund warum ich danach verlange einen anderen Aufenthalt zu finden. Meine schöne Position wird so doch in ein allzu schlechtes Licht gestellt und das ohne irgendeinen annehmbaren Grund.

Wir Orangisten wissen doch unser Recht und Freiheit ebensogut bei der Regierung gesichert wie die Anderen.

Herr Groen [1]) schrieb auch mit Hinweis auf die Orangisten (das Volk hinter den Wählern): „Ihr protestantischen Christen in Niederland; ihr seid nicht wie die Parias in Indien eine verworfene Sekte, der Teilnahme am gewöhnlichen Recht ohne Ausnahme beraubt; ihr seid nicht wie die Gibeoniten in Israel, ‚Holzhauer und Wasserschöpfer bei Versammlungen'; ihr seid als Staatsbürger den römisch Gesinnten, den Freisinnigen, ja selbst den tonangebenden modernen Landgenossen an Rechten gleich. Macht denn auch, ebenso wie sie, von euren staatsbürgerlichen Rechten zur Beantwortung Euerer christlichen Berufung, im Gedanken an Eure Vorfahren und Eure Nachkommenschaft, mit dem Auge nach oben Gebrauch."

(Parlamentarische Studien und Schriften, 28. Nov. 1865, Seite 17.)

Dies Wort des Mannes, den man wohl Absolutist und fanatischen Fürstenanhänger genannt hat, gilt sicher 1920 mutatis mutandis für die Orangisten.

Wir haben auch Recht auf eine gute Lebensstellung ebenso gut wie

[1]) Berühmter holländischer Staatsmann.



andere Staatsbürger und in der Gesellschaft lebende Menschen im freien Niederland.

Ich sehe nicht ein, mit welchem Recht man von uns verlangen kann, daß wir uns (wenn wir uns auch an Ihre Majestät die Königin wandten, unsern höchsten Leitstern in höchster Instanz natura und jure suo) in einer Irrenanstalt durch „jeden der es nur will“ zum Narren halten lassen müssen. Man hat, dies ist unser Recht, auch mit uns zu rechnen.

„Mit uns zu rechnen“ sowohl im Erwerben von Gütern und Einkommen, wie in der Anerkennung von Rechten und Vorrechten. Auch wir sind einbegriffen in dem „nous maintiendrons“.

Würde unsere hochverehrte Fürstin ihre treuesten und ergebensten Untertanen auf diese Weise verstoßen und den Fuß auf deren Nacken setzen lassen wollen, weil ... weil es anderen beliebte, den historischen oder naturalistischen Materialismus als Lebensbasis anzunehmen oder vielleicht in einseitig kirchlicher Spur zu gehen. ..... Wir gestehen anderen nicht das Recht zu, uns lästig zu nennen, weil wir unser Recht suchen. Im Gegenteil, wir, die am meisten ordnungliebenden Staatsbürger, müssen geachtet werden, wir meinen, daß man uns, da wo wir nicht stark genug sind, entgegenkommen und uns zu Willen sein muß. Wir wünschen den König (die Königin) nicht zu zwingen, auch nicht durch das Parlament, im Gegenteil durch ehrbietiges Beugen vor der Majestät der Krone den König (die Königin) zu stärken in der oft so schweren Aufgabe des Regierens. Und wir meinen zu diesem Stärken der Krone das Recht zu haben, fest durch die Konstitution, fest durch die Gesetze des Staates, fest durch die Organe der Krone, fest durch das Wesen, die Essenz der Krone, fest durch die historische Tradition des Hauses Oranien.

Wir wünschen darin frei zu sein ebenso gut wie andere Menschen. Ja wir wünschen frei zu sein.

Hiermit gratuliere ich Ihnen zu Ihrem Eintritt in den „Niederländischen Löwen“ [1]).

Mit großer Hochachtung und Respekt
Ihr treuer Diener X.“

Eine lange Epikrise ist nicht nötig. Wir haben hier einen Mann von guter intellektueller Anlage und eine maßlose, von jung auf durch seine Eltern geweckte und unterstützte Einbildung und Eitelkeit. Diese zwangen ihn unwiderstehlich, seine amtliche Tätigkeit und seine Stellung im gesellschaftlichen Leben gering zu achten und für seine Ambitionen und Aspirationen einen Ausweg in höheren Regionen der Politik und Wissenschaft zu suchen, als ihm nach Intelligenz und gesellschaftlicher Stellung zukommt. So steigt er über die beklemmende Wirklichkeit hinaus in ein prunkend aufgeziertes „Lebenssystem“, berauscht sich an schwierigen, „politisch-philosophischen“ Theorien, die der Realität der Gegenwart fern stehen; mit seiner Umgebung kommt er nur in Konflikt, wenn sie nicht bereit ist, die Aufdringlich-

[1]) Ein holländischer Orden.

keit seiner eingebildeten Superiorität zu dulden, oder wenn er den Tatsachen eine verkehrte, nach seiner Auffassung aber auf der Hand liegende Deutung gibt. Keine Rede von progressiver Wahnbildung im Sinne einer Paranoia. Keine Rede von „schizophrenen" Symptomen; ein äußerst irritables Gefühlsleben von vollkommen adäquatem Charakter. Keine Rede von Halluzinationen. Keine Rede von manischen Erscheinungen; eine ruhige, jedoch sehr intensive, mit großer Ausdauer auf ein Ziel gerichtete Arbeitsamkeit. Mit einem Wort, keine andern Erscheinungen als die, welche notwendig entstehen müssen. „wenn Triebe dem Verstand Aufgaben stellen, denen dieser nicht gewachsen ist, während er unter gewöhnlichen Verhältnissen genügen würde [1])".

Bleuler hat dies „Verhältnisblödsinn" genannt. Er meint damit einen relativen „Blödsinn", bei dem ein Mißverhältnis zwischen „Können" (Wissen) und „Streben" besteht. Man könnte den Zustand auch einfach pathologische Selbstüberschätzung nennen.

Sicher ist, und auch *Bleuler* gibt das zu (l. c. S. 569), daß ein großes Maß von Selbstüberschätzung bestehen kann, ohne ein Scheitern im praktischen Leben zur Folge haben zu müssen. Diejenigen, die ihr Streben auf ein unschädliches Gebiet richten (Kunstkenner, Lateiner, Politiker), oder diejenigen, die instinktiv doch wohl die Grenzen ihres Könnens fühlen und darin bleiben, laufen keine Gefahr. Ebenso sicher ist, daß bei genügendem Verstand ein gewisses Maß von Selbstüberschätzung eine äußerst nützliche Eigenschaft ist, die den Weg im praktischen Leben finden hilft.

In der Tat gibt es nichts, was so hemmend und lähmend wirkt als ein zu großer Zweifel an eigenem Können und eigener Kraft. Auch dadurch entsteht manchmal ein „relativer Blödsinn", aber im umgekehrten Sinn. Dieser ist sicher nicht weniger häufig als *Bleuler*s „Verhältnisblödsinn", führt zu nicht weniger unglücklichen Folgen (wenn auch mit weniger Eklat), und die Gefahr ist hier viel größer, denn das Zuwenig an Strebkraft zeigt sich fast unvermeidlich gerade auf dem Gebiete des praktischen Lebens. Es hat so manche mißglückte Laufbahn, betrogene Illusion, „neurasthenische" Insuffizienz und gesellschaftlichen Sturz auf dem Gewissen. Über dieses alles hilft uns die Selbstüberschätzung mit Schwung und Sicherheit hinweg. Sie verbirgt die schwachen Seiten nicht allein dem Zuschauer, sondern auch dem Spieler auf der Lebensbühne selbst, sie suggeriert beiden mit voll-

[1]) *Bleuler*, Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie 1914, S. 537.

kommener Technik ein „Können", bevor es wirklich da ist, und realisiert dasselbe durch ein merkwürdiges Spiel von Aktion und Reaktion, das man täglich um sich herum bemerken kann.

Mir ist der Fall bekannt, daß jemand sich in einer leicht manischen Periode begeisterte für eine sehr weittragende öffentliche Angelegenheit, und zwar, trotz aller Schwierigkeiten, mit so viel Überzeugung und Energie, daß er die Sache ins Rollen brachte und sich, als er wieder in seinen normalen Zustand zurückkehrte, als geistigen Urheber und Mittelpunkt einer Bewegung sah, für die er eigentlich nicht viel fühlte, und genötigt war, eine Rolle weiter zu spielen, die gar nicht zu seinem zurückhaltenden, stillen und vorsichtigem Charakter paßte. Ich zweifle keinen Augenblick, daß die große Kraft, welche er in seiner von niemandem diagnostizierten psychotischen Periode entwickelte, der manischen Selbstüberschätzung undFreimütigkeit zu verdanken war. Der manische Einfluß ist natürlich nicht allein auf motorischem, sondern ebenso auf intrapsychischem Gebiete zu suchen; durch das Wegfallen von zahllosen lähmenden Gegenargumenten und intellektuellen Schwierigkeiten wird eine etwas oberflächliche, aber tatkräftige Einseitigkeit gewonnen, außerordentlich dazu angetan, „à épater les bourgeois". Ich meine, daß die Möglichkeit einer praktischen und fruchtbaren Hyperproduktivität des Hypomanen nur am Schreibtisch verkannt werden kann.

Wie dem auch sei, es kann nicht daran gezweifelt werden, daß bei unserem Pat. der Schwerpunkt auf affektivem Gebiet liegt. Und da ist sein gesellschaftliches Scheitern nicht so sehr der außergewöhnlich starken Intensität seines Strebens als der Richtung, die es genommen hat, zuzuschreiben. Seitdem er dem Einfluß seiner Familie (die ihn nicht begriff und ihm nicht gewachsen war, und die er deswegen ausnützte und tyrannisierte) entzogen ist und sich nicht mehr zu fügen braucht in einem hierarchischen Milieu mit disziplinären Forderungen, ist er bei Zuerkennung einer großen Freiheit im Anstaltsverband folgsam und gesellschaftsfähig geworden und geblieben. Er protestiert energisch, doch mit wohlgeziemenden Mitteln und wohlgeziemenden, selbst übertrieben wohlanständigen Worten, gegen seine Einreihung als „Geisteskranker", aber trotz stärkster Überzeugung und Wärme seiner diesbezüglichen Beweisführung ist es am wenigsten dies, wodurch er sich unmöglich macht. Die Unproduktivität seines „politisch-philosophischen Systems" ist zunächst schuld daran, daß er, der all seine Arbeitskraft und Intelligenz ihr widmet, gesellschaftlicher Invalide geworden ist. Ich will aber nicht behaupten, daß er voran gekommen wäre, wenn er dieselbe Energie in dem Dienste, z. B. der Gemeindeverwaltung oder einer mehr gang- und annehmbaren politischen Überzeugung gestellt hätte. Denn neben der improduktiven Richtung seines Strebens ist da noch ein anderer Faktor, der ihn voll-



ständig unbrauchbar und ungenießbar macht, seine unbezwingliche Neigung zur Prahlerei und zum Prunken mit Gelehrsamkeit. Der angeführte Brief an den Regierungspräsidenten, der eigentlich nichts enthält als: „ich tue niemandem Unrecht, ich will aus der Anstalt", ist davon schon ein Beispiel. Noch deutlicher zeigt es folgender Brief an einen Freund.

„Utrecht 3 Lenzmonat 1919. 2 Agnietenstraße 2.

Amice,

Nun ich ungefähr einen Monat in der greisen Bischofstadt wohne und die Glocken von Pabst Adrian's schönem Dom mich jeden Morgen mit lautem Jubel begrüßen, muß ich Dich doch einmal mit einem kurzen Wort etwas hören lassen. Der Jubel vom Dom wirkt ansteckend auf die Menschen, so wie alle Dummheiten [1]) gewöhnlich besser von dem Einen auf den Anderen übergehen als die Weisheit. Denn für Weisheit, dies ist eine eigentümliche Erscheinung, ist der Mensch für gewöhnlich unzugänglich. Aber Menschenverachtung nur cum grano salis. Denn Du wirst mir natürlich sagen: denk' an dich selbst. Und mit Recht, denn was von anderen gilt, gilt uns besonders: homo sum et nil humani a me alienum puto. Doch um auf das Wortspiel des greisen Spitzturmes — der seinen Finger schon seit Jahrhunderten hoch hebt, einerseits wie um die Stadt zu strafen für ihre Dummheit, anderseits, denkend an die große Menge Weisheit, die sie beherbergt, sie zu warnen: denket daran, hier unten ist es nicht aber da oben — zurückzukommen, es ist in der Tat ein Fehler, daß wir Menschen so wenig zugänglich sind für die Weisheit. Jenachdem man mehr weiß, weiß man, daß man weniger weiß wie irgend jemand. Dies ist ein altes Sprichwort, welches schon Socrates kannte. Aber zum wiederholen ist es immer gut. Repetitio mater studiorum est. Und dies lernt uns zugleich erkennen: wie schwer es ist, zu wissen. Zu wissen und folglich zu leben. Denn Wissen und Leben sind zwei Dinge, die sich wohl nicht decken, aber doch in innigem, nicht zu scheidendem Verbande stehen. Du kennst natürlich den Spruch des Salomo: „Wer mich (die Weisheit) findet, findet das Leben." Voilà le contact fait entre ces deux. Aber zur Sache. Denn über das Schwere von Leben und Wissen hätte ich noch ein Wörtchen mehr. Da ist das mit einigem guten Willen destillierte: die Lebensanschauung. Du weißt, Lebensanschauung ist ein schönes Wort, welches gegenwärtig viel von sich reden macht. Es hat den Anschein von, ich möchte fast sagen, Vornehmheit. Du hörst es schon von Knaben von 15 Jahren und noch jünger. Ob es verkehrt ist? Dr. *Kuyper* [2]) hat es in das niederländische Volksleben hineingetragen, es ist ein kuyperianisch akzentuierter Begriff, und wollen wir, wo es nicht nötig ist — darauf keine Kritik ausüben.

Aber Leben und Leben ist zwei, und sehr oft noch mehr.

Leben tun so wenig Menschen. Die große Masse Artgenossen, mit

[1]) Wortspiel; holländisch: „dom heden".

[2]) Ein unlängst gestorbener holländischer politischer Führer konfessioneller Überzeugung.



denen wir uns auf unserem Planeten verbunden wissen, wird gelebt. Und doch haben auch jene Menschen, die gelebt werden, eine Lebensanschauung. Bisweilen eine Lebensanschauung à l'improviste, denn sie gehen mit jedem Winde, aber dennoch eine Lebensanschauung.

Fragst Du nun aber: was ist die Lebensanschauung, dann kommst Du vor so schöne Probleme. Dann siehst Du zuerst, daß die Lebensanschauung lebt in dem Unterbewußtsein der großen Masse. Sie haben eine Lebensanschauung, und sie fühlen wenn jemand dagegen angeht, und doch sind sie sich derselben nicht bewußt, sie ist ihnen nicht klar.

Dabei kommst Du dann an die Lebenssitten: Übergang durch das unbewußte Leben. Ein Gang so stark, daß er unsere östlichen Nachbarn verlockt hat zu der wenig schmeichelnden Redensart: „Der Mensch ist ein Gewohnheitstier.“ Besser kann das Unterbewußte wohl nicht ausgedrückt werden. Und stell' daneben nun mal das Wissen und das Umsetzen des Wissens in Leben. Dann beginnen die Kontraste immer stärker hervorzutreten. —

Wissen, das ist doch das eigentliche Leben. Darin liegt auch die Lebensanschauung, und darin steigen und bewegen wir uns immer mehr der Sonne zu.

Wissen, das gibt uns das Licht. Wie ich Dir das letzte Mal schrieb über das Bibeltum, schrieb ich auch ein einzelnes Wort über das Verhältnis zwischen Religion und Philosophie. Die Religion wurzelt fest im Unterbewußtsein der großen Masse. Sobald es Wissen wird, geht es über in Philosophie. Aber wenn ich das so sage, kommen die zarten Seiten. Denn von Religion will man keine Philosophie machen. In der Religion ist die Philosophie oft vom Bösen. Dennoch ist es wahr. Aber es läßt deutlich erkennen, wie schwer es ist, mit einwandfreier wissenschaftlicher Klarheit, bei Deferenz für das Gefühl der großen Masse, den reinen, wahren Gottesbegriff als Wissen in sich bewußt zu haben. Aber darüber ein anderes Mal. Grüße Deine Frau und Kinder und Deine Familie. Glaube mich stets Deinen Freund X.

Auch meine Schwester läßt grüßen.

In diesem Brief, der ein ausgezeichnetes Bild von der Persönlichkeit des Schreibers gibt, zeigt sich sofort das gewichtige Pathos, die quasi-wissenschaftliche und pseudo-tiefsinnige Beweisführung gegenüber dem unbedeutenden Inhalt. Es ist die betrügerische Nachahmung eines Denkers, eines Gelehrten in Sonntagmorgenstimmung oder besser die Wiedergabe eines Gelehrten durch einen schlechten Schauspieler oder durch einen guten, der ihn lächerlich machen will. Dennoch, der Inhalt des Briefes mag unbedeutend und flach sein, es ist kein verworrenes Geschwätz, kein Unsinn. Es ist, wenn man allen unnützen Prunk herausläßt, gut verständlich und hat logischen Zusammenhang. Auch hierin gibt der Brief ein gutes Bild des Schreibers: dieser ist nicht unklar.

Hiermit sind wir an einen wichtigen Punkt gekommen, bei dem ich noch einen Augenblick verweilen muß.



Unter einigem Vorbehalt hinsichtlich der Allgemeingültigkeit seiner Beschreibung bezeichnet *Bleuler* (l. c. S. 557) die Verhältnisblödsinnigen als „unklar" oder „konfusionär". Er meint damit eine „eigentümliche Art der Intelligenz". Bei gewöhnlichen Imbezillen entsteht eine Beschränkung der Assoziationen dadurch, daß sie im Denken wenig von der Sinnlichkeit und von der Einfachkeit sich zu entfernen imstande sind. Es wird weniger stark und weniger richtig abstrahiert als bei Gesunden. Z. B. „Der Staat, das sind die Kantonsräte." Hier dagegen werden allerdings Abstrakta geformt; es äußert sich aber die Assoziationsarmut darin, „daß nicht alle Partialvorstellungen, die der Bildung des Begriffes zugrunde liegen, bei jeder Vorstellung desselben mitklingen. ... Zunächst werden häufig gerade die sinnlichen Komponenten fallen gelassen, wodurch natürlich der Begriff an Klarheit und fester Grundlage verliert" (S. 559). — „Je mehr im Begriffe die feste Wurzel der Sinnlichkeit fehlt, je unschärfer die Grenzen der Ideen sind, um so leichter, wenn auch nicht um so richtiger, läßt sich mit ihnen operieren. Der Anlaß und die Versuchung, sich immer weiter von der Sinnlichkeit abzulösen und Theorien zu bilden, wird also hier eine sehr große. Viel mehr als beim Normalen einerseits und beim tieferstehenden Imbezillen andrerseits können bei diesen Leuten die Bezeichnungen, die Worte den Hauptbestandteil des Begriffes bilden, und mit diesen läßt sich trefflich streiten" (S. 560/1).

Die Folgen dieser „Assoziationsbeschränkung" (die diese Leute als „höhere Blödsinnige" hinstellt) werden nun akzentuiert durch den Umstand, „daß viele (oder alle?) dieser Leute ein gewisses Sprachtalent haben (S. 562), und durch ihre „lebhafte sanguinische Affektivität". „Die Schärfe des Denkens für sich genommen", schreibt *Bleuler*, „muß ... bei einem lebhaften Temperament eine stärkere sein als bei einem phlegmatischen, wenn sie eben so klare Einzelideen schaffen soll; je lebhafter die Triebe sind, um so leichter treten auch im Denken Konfusionen auf, nicht nur, weil diese das Denken direkt beeinflussen, sondern auch deswegen, weil die nämliche Disposition, die die Gefühle labil und lebhaft macht auch die Begriffe labiler werden läßt" (S. 565). *Bleuler* meint, daß diese Disposition und die Einschränkung der Assoziationen angeboren sein oder aber als Syndrom bei Schizophrenie oder Hypomanie auftreten können. Sein Schüler *Buchner* (Pseudonym), der in demselben Jahrgang der A. Z. f. Psych. (1914) eine ausführliche und vortreffliche Analyse eines Falles gibt, setzt immer eine intellektuelle Minderwertigkeit voraus „von einem in sich geschlossenen markanten Typus" (S. 636). Er verwirft das Kennzeichen „des Praktischen, des Scheiterns im Leben", und will „Leute, die lediglich infolge des ungünstigen Verhältnisses zwischen Streben und Intellekt" bei an und für sich intakter Intelligenz im Leben scheitern, nicht als verhältnisblödsinnig bezeichnen.

Bei unserem Pat. finden wir nun, wie schon gesagt, einen Zustand, der sowohl von *Bleulers* wie von *Buchners* Auffassung abweicht. „Keine Assoziationsarmut, keine „Unklarheit", kein „höherer" oder „eigentümlicher Blödsinn", aber ein Mißverhältnis zwischen Temperament und Intelligenz in dem Sinne, daß eine intakte Begriffsbildung

erborgen wird hinter einer „sanguinischen" Gelehrsam-
eits- und Tiefsinnigkeitsprunkerei.

Bleuler hat es für möglich erachtet, daß es nicht-„unklare" oder
konfusionäre" Verhältnisblödsinnige gibt (S. 566), aber keinen Fall
lbst wahrgenommen. Der oben beschriebene Fall füllt die Lücke,
eine ich, in überzeugender Weise aus. Die Beziehung zwischen
sanguinischem Temperament", d. h. lebendigen Affekten und Strebun-
en, einerseits und einer großen Beweglichkeit des Gedankenganges
nderseits, faßt *Bleuler* (S. 565) folgendermaßen:

„Lebhafte sanguinische Affektivität ist nur denkbar bei einer gewissen
lobilität der Gehirnprozesse überhaupt, die auch die Mobilität der intel-
ktuellen Vorgänge mit sich bringt. ... Je schneller wir ... ceteris paribus
enken, um so weniger denken wir aus, um so eher begehen wir Fehler
ı dem Sinne der Unklarheit, indem wir nicht alle Komponenten einer
dee berücksichtigen, und indem wir je nach dem Zusammenhange bald
ie eine, bald die andere herbeiziehen, also die Ideen einesteils unvoll-
tändig, andernteils verschieden fassen. Die Schärfe des Denkens, für sich
enommen, muß also bei einem lebhaften Temperament eine stärkere sein
ls bei einem phlegmatischen, wenn sie ebenso klare Einzelideen schaffen
oll", usw., wie oben schon referiert.

In der Tat muß bei unserem Patienten die „stärkere Schärfe des
)enkens" angenommen werden. Er spricht nie Unsinn, und in
er Einseitigkeit seiner Auffassungen ist er nicht beschränkter oder
nlogischer wie z. B. politische Führer zu sein pflegen. Bei einer De-
onstration in einer Versammlung des Niederländischen Vereins für
'sychiatrie und Neurologie zeigte sich Pat., der mit einer Mappe voll
)okumenten ausgerüstet und bereit war, eine Abhandlung von einer
Stunde zu halten, imstande, einen kurzen, klaren und logischen, zu-
ammenhängenden Vortrag zu halten über einen Teil seines „Lebens-
ystems", freilich unter fortwährender Hemmung und wiederholtem
Einhalten meinerseits. Läßt man ihm aber freien Lauf, dann kommt
ganz was anderes zutage. Außerordentlich typisch ist der Anfang
iner Abhandlung, worin Pat. das Wesen des „Orangismus" für mich
„so kurz wie möglich" zusammengefaßt hat:

„Der Orangismus ist zu betrachten als das in der Geschichte sich
entwickelnde und mit dem Oranienhause gleichlaufend aufgewachsene
Lebenssystem des Oranierhauses, als Einheit genommen und als die ab-
strahierte Gemeinschaftlichkeit in den differentiellen individuellen Lebens-
äußerungen der verschiedenen Mitglieder des Fürstenhauses."

Dieses Beispiel charakterisiert den Patienten vollkommen. Die
einfachsten Sachen kleidet er in ein Gewand von Tiefsinnigkeit und
„Wissenschaftlichkeit". Bei ihm ist offenbar die Meinung lebendig,



daß ein großer Mann selbst vor seinem Hausknecht interessant und bewunderungswürdig bleiben muß. Das gelingt ihm vollkommen, denn für seinen „Hausknecht“ ist er in der Tat völlig unverständlich. Für seine mehr entwickelte Umgebung aber ist er „unausstehlich“, weil die Zeit, die man nötig hat, um ihn anzuhören, nicht in angemessenem Verhältnis steht zu der Wichtigkeit seiner Mitteilungen. Doch kann man oft darin eine respektable Menge parater und in richtigem Zusammenhange angewandter Kenntnisse würdigen, und nicht nur die „Sprach-“ (oder Schreib-)„fertigkeit“, sondern auch die Konsequenz und die logische Aufeinanderfolge der Gedanken anerkennen.

Ich bin mir bewußt, daß *Buchner* sicher und vielleicht auch *Bleuler* meinen Fall als Beispiel für den Verhältnisblödsinn zurückweisen werden. Jenem muß gerechterweise zugegeben werden, daß der Name „Blödsinn“ hier sicher nicht am Platze ist. Ist es nun richtig, daß in rein klinischer Hinsicht mein Fall und andere, wo ein angeborener Intelligenzdefekt fehlt, nicht mit den Fällen von *Bleuler* und *Buchner* auf eine Linie gestellt werden können? Diese Frage kann auch so gestellt werden: Ist bei diesen letzteren die Schwäche der Intelligenz das wesentliche, essentielle Symptom oder nicht? Wenn nicht, dann wäre der Name zu ändern, doch bleibt die Möglichkeit bestehen, Fälle mit und Fälle ohne Intelligenzschwäche unter einem Gesichtspunkt zu vereinigen. Diese Möglichkeit abzuleugnen, ist nicht eine Forderung rein klinischer Diagnostik, sondern eine willkürliche Voraussetzung, welche an einen Namen anknüpft. Was alle jene Fälle gemein haben, ist nicht der angeborene Schwachsinn, sei er nun „von einem markanten Typus“ oder nicht, sondern nach *Bleuler*s Postulat: das Mißverhältnis zwischen Streben und Intelligenz. Bei Schwachsinnigen führt dieses Mißverhältnis zur „Unklarheit“. Wenigstens besteht die Gefahr, daß es dazu führt, wenn es nicht nur ab und zu als Folge von „momentanen Affekten“ (*Bleuler* S. 569/70) sich geltend macht, sondern fortwährend. Nicht also wie bei dem durch *Bleuler* beschriebenen Arbeiter, der es nirgend aushalten konnte, „weil er zu empfindlich ist, auf alles mit zu starken Affekten reagiert“ (S. 569), aber wie bei jedem Normalen, der ja unter dem Einfluß von affektiven Faktoren, „nicht alle die Partialvorstellungen, die der Bildung des Begriffes zugrunde liegen“, gebraucht, sondern „je nach der intellektuellen oder affektiven Konstellation bald die einen, bald die andern Komponenten [zuzieht oder ausschließt]“ (S. 559/60). Wer meint, daß er davor durch seine normale Intelligenz geschützt ist,



nke zurück an seine Auffassungen während des Krieges. Wahr ist, ß bei Normalen unter normalen Umständen ein gewißes Gleichwicht bestehen bleibt zwischen den affektiven Fälschungen von griffen und Wahrnehmungen und den intellektuellen Corrigentien. e Aufhebung dieses Gleichgewichts als angeborene Anomalie wäre s Wesen des Zustandes, den wir jetzt besprechen.

Dieser wird damit gekennzeichnet als ein Beispiel von disharmoniher Entwicklung der psychischen Eigenschaften, von „psychoathischer Minderwertigkeit" also, die mit Intelligenzschwäche paart sein kann, aber nicht gepaart zu sein braucht. Einen Namen für auszudenken überlasse ich Befugteren. Vielleicht gibt „pathogische Streber" das Essentielle an. Diese Auffassung macht es öglich, „alle denkbar möglichen Übergänge gelten [zu] lassen" *Buchner S.* 637), was *Buchner* von seinem „rein klinischen" Standmkte für „ausgeschlossen" hält. Sicher müssen vom „klinischen" tandpunkt die Fälle, wo infolge von manischen oder schizophrenen rozessen der „Verhältnisblödsinn" entsteht, von unseren geschieen werden, gleichwie man auch den manischen Paralytiker von dem aniacus scheidet. Aber ob „die Affektivität normal, aber die Inlligenz ihr gegenüber zu gering ist" oder „die Intelligenz normal, ber die Affektivität zu stark", oder auch, ob „beide Abnormitäten ebeneinander bestehen und einander verstärken" (*Bleuler* S. 569) t von geringer Wichtigkeit. Auch unter Trinkern, Homosexuellen, altlosen usw. findet man Intelligente und Imbezille, ohne daß man klinische" Beschwerden hätte, beide in einer Gruppe psychopathischer linderwertigkeit zusammenzufassen. Die oben verteidigte Auffassung hat noch den Vorteil, daß *Bleuler*s sowohl klinisch als psychoathologisch bedenkliches Kennzeichen des „Scheiterns im Leben" egfällt. In der Tat sieht man „Verhältnisblödsinnige" oder „pathogische Streber" in allerlei Formen und Gestalten im Leben erfolgreich mporkommen. *Bleuler* selbst berichtet von einem, der es zum Privatlozenten brachte (S. 562)! Kein Wunder, wenn man weiß, daß sie ich kennzeichnen durch „die Fähigkeit, sich die in jedem Kreise nötigen Umgangsformen mühelos anzueignen und jede Situation in hren Äußerlichkeiten sofort zu verstehen und entsprechend darauf zu eagieren" (*Bleuler*, S. 564). Mundus vult decipi!



Psychiatrie und Jugendgerichtsgesetz.

Von

Von Sanitätsrat Dr. **Mönkemöller,** Hildesheim.

Die Aussichten dafür, daß in absehbarer Zeit den Jugendliche[n] vor Gericht in höherem Maße wie früher das Recht zuteil wird, da[s] ihnen nach dem Lebensalter, in dem sie stehen, nach ihrer körperliche[n] und geistigen Eignung, nach ihrer ganzen Veranlagung zukommt, sin[d] in der letzten Zeit erheblich gestiegen. Nach manchen vergebliche[n] Anläufen liegt jetzt ein Entwurf zu einem Jugendgerichtsgesetz vo[r], dem man trotz aller Ungunst der Zeiten nicht die Möglichkeit ab[-]sprechen kann, demnächst zur Verwirklichung zu gelangen. In ihr[n] werden dann auch die normalen und krankhaften Eigentümlichkeite[n] des Seelenlebens, die dieser Altersperiode eine Sonderstellung an[-]weisen, in anderem Maße berücksichtigt werden können, als das bishe[r] der Fall gewesen ist. Seit der Einführung der Jugendgerichte ist di[e] Psychologie und Psychopathologie der Jugendlichen in weit höhere[m] Maße zu Worte gekommen, als das bis dahin der Fall gewesen wa[r], wo sie, wie man wohl ohne Übertreibung sagen kann, im allgemeine[n] auf das gröblichste vernachlässigt worden ist. Aber noch immer is[t] der Wirkungskreis der Jugendgerichte beschränkt, und noch imme[r] stemmt sich die Fassung des Strafgesetzes gegen die Einmischung de[r] psychiatrischen Auffassung, ohne die in vielen Fällen diese Problem[e] nur sehr unvollkommen gelöst werden können.

Bis jetzt hat die Inanspruchnahme des § 51 nur sehr selten de[n] Psychiater vor die forensischen Schranken gerufen, wenn die Aburteilun[g] eines jugendlichen Missetäters zur Verhandlung stand. Der Richte[r] glaubte so gut wie immer, in zweifelhaften Fällen auf die Prüfung ver[-]zichten zu können, ob die Voraussetzungen dieses Paragraphen vorlage[n], weil ihm der § 56 StGB. die Möglichkeit zu gewähren schien, auch minde[r]wertigen Angeklagten ihr Recht zukommen zu lassen. Die Entscheidun[g] der Frage, ob der jugendliche Angeschuldigte bei Begehung der Strafta[t] die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen hab[e], traute er sich auch ohne Hinzuziehung eines Sachverständigen zu. Den[n] im Gegensatz zu dem § 51, in dem Bewußtlosigkeit und krankhafte Störun[g]



der Geistestätigkeit als Leitbegriffe auftreten, kommt hier lediglich die Intelligenz in Betracht, deren Erkennung auch einem Laien ohne weiteres zugänglich sei. Die praktische Durchführung dieser straffreimachenden Bestimmung gipfelte in der Regel darin, daß von dem Jugendlichen eine Äußerung herveigeführt wurde, daß er gewußt habe, daß auf der von ihm begangenen Straftat eine Strafe stehe. Auf eine systematische Prüfung der Intelligenz wurde fast ausnahmslos verzichtet, ganz abgesehen davon, daß nicht geprüft wurde, ob der äußerlichen Kenntnis von der Strafbarkeit der Handlung auch das volle Verständnis und ein inneres Mitempfinden entspreche.

Es wurde dabei auch völlig außer Acht gelassen, daß bei allen menschlichen Handlungen und erst recht bei den strafbaren, Gefühle, Triebe, Stimmungen, unbewußte Äußerungen des Willenslebens mit in Rechnung gesetzt werden müssen, denen gerade für die jugendlichen Rechtsbrecher die größte Bedeutung eingeräumt werden muß. Nur zu oft liegen bei ihnen krankhafte Abweichungen des Gefühls und Willens vor, die nicht ausreichen, um ihnen die Segnungen des § 51 zukommen zu lassen. Und so kam es recht häufig so, daß die Jugendlichen, die zwar über die Einsicht der Strafbarkeit der Handlung verfügten, aber auf Grund von Abweichungen auf dem Gebiete des Gefühls und Willens Delikte begangen hatten, der Strafe überantwortet werden mußten, um dann durch die Berührung mit zünftigen Verbrechern endgültig auf die Verbrecherlaufbahn gestoßen zu werden.

Der Begriff der Einsicht in die Strafbarkeit der Handlung blieb im allgemeinen ziemlich unbestimmt. Wenn nach einer Reichsgerichtsentscheidung dabei nicht Erfordernis war, daß der jugendliche Täter die Strafbarkeit der Handlung erkannt hat, sondern nur, daß er sie erkennen konnte, und dies Vermögen als dann vorhanden angesehen wurde, wenn der Täter imstande gewesen war, zu erkennen, daß seine Pflicht die Unterlassung der speziellen Handlung forderte und er durch Begehung derselben sich einer Kriminalstrafe aussetzte, so vermochte dieser Paragraph nur in ganz verschwindend wenigen Fällen dem Jugendlichen bei den Gesetzesübertretungen, die in der Regel auf seine Rechnung gesetzt werden müssen, Straffreiheit zu verschaffen. Daß man damit die Eigenart dieser Altersperiode auch nicht entfernt erfaßte, ist keinem entgangen, dem sich die Psyche des Jugendlichen nur einigermaßen erschlossen hatte.

Nach § 3 des neuen Gesetzentwurfs ist nun ein Jugendlicher, der eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, nicht strafbar, wenn er zur Zeit der Tat wegen zurückgebliebener Entwicklung oder mangels geistiger oder sittlicher Reife unfähig war, das Ungesetzliche der Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen.

Die wesentliche Verbesserung, die dieser Paragraph bringt, springt in die Augen. Die mangelhafte Entwicklung des Gemütslebens, der Tiefstand von Moral und Ethik, die unzureichende Bildung des Willens sind hier in gleichem Maße berücksichtigt. Es kommt hier ebenso das Zurückbleiben hinter dem normalen Stande der Entwicklung, auch



in körperlicher Beziehung, zu Worte, das in diesem gefährdeten Alter so oft nicht unwesentlich mit in die Wagschale fällt, wie die krankhafte geistige Entwicklung. Vor allem ist es bedeutsam, daß hier die gelegentliche Unterordnung der reinen Verstandesleistungen unter das Willensleben, dem in praktischer Beziehung in der Regel eine weit größere Bedeutung zukommt, anerkannt wird.

Die Fassung des Begriffes in diesem Paragraphen dürfte vielleicht einer Beanstandung nicht immer entgehen. Es fragt sich vor allem, ob sich eine genauere Erläuterung dieser Begriffe oder vielleicht gar eine Aufzählung aller der Einzelzustände empfiehlt, die unter diesen Paragraphen fallen können. Aber eine Fassung, die alle die vielen meist sehr schwer umgrenzbaren Zustände einschließt, die in diesen Zeitpunkt hineinfallen, gibt es nicht, ganz abgesehen davon, daß eine Umgrenzung in dieser Art eine unerträgliche Unhandlichkeit dieses Paragraphen herbeiführen müßte.

Jedenfalls erlaubt es der Wortlaut dieses Paragraphen, bei einer richtigen Auslegung alle die zweifelhaften Zustände hier unterzubringen, denen man auf diese Weise ihr Recht zukommen lassen will.

Das schließt natürlich nicht aus, daß nicht alle Richter immer diese Milderungsgründe so erfassen werden, wie es im Interesse des Jugendlichen liegt. Schon in der früheren Fassung wird die Entscheidung über das Diszernement durchaus dem subjektiven Ermessen des Richters überlassen. Die neuen Begriffe aber, die zum Teil noch viel schwerer abgrenzbar sind als die einfache Intelligenz, sind oft so schwer erfaßbar und dabei so dehnbar, daß der Richter, dem sich die Eigenart dieser Altersperiode nicht erschlossen hat, sich auch in einwandfreien Fällen nicht dazu entschließen kann, den jugendlichen Tätern die Wohltat dieses Paragraphen zugänglich zu machen.

Soll dieser Paragraph zu seinem Rechte kommen, dann ist es durchaus erforderlich, daß der Richter sich im allgemeinen ganz anders wie bisher mit dem spröden Stoff der Psychologie und der Psychopathologie der Jugendlichen vertraut macht, und neben einem Einarbeiten in der Theorie sich auch die nötigen praktischen Kenntnisse auf diesem Gebiete erwirkt. Der Jugendrichter, dessen Aufgaben durch den neuen Entwurf gewaltig vermehrt, wie auch die Jugendgerichte in einem ganz andern Umfange wie früher in Tätigkeit treten werden, hat gerade nach dieser Richtung hin, wie auch in mancher andern Beziehung, Anforderungen zu genügen, denen der Durchschnittsrichter nach der Natur der Sache nicht gewachsen sein kann.

Er wird nicht darum herum können, daß er sich in dieser Beziehung Sonderkenntnisse erwerben muß.

Er kann sich ja nun immer von einem Sachverständigen beraten lassen. Der § 25 des Entwurfs bestimmt, daß in geeigneten Fällen eine ärztliche Untersuchung des Beschuldigten herbeigeführt werden soll. Wieder unterliegt die Feststellung, ob ein solcher geeigneter Fall vorliegt, dem subjektiven Gutdünken des Richters. Auch wenn von dieser Möglichkeit ein weittragenderer Gebrauch gemacht werden sollte, wie bisher, wo der Sachverständige nur sehr selten in derartigen Fällen in die Erscheinung trat, wird auch in Zukunft aller Wahrscheinlichkeit nach der Richter noch sehr oft auf seine Mitwirkung verzichten zu können glauben.

Die ideale Forderung, daß alle jugendlichen Kriminellen einer fachärztlichen Untersuchung unterzogen werden, wird wohl nie erfüllt werden können.

In manchen großen Städten erfolgt diese allgemeine Untersuchung schon jetzt, und man kann mit Sicherheit annehmen, daß in Zukunft noch in weit größerem Umfang von dieser Einrichtung Gebrauch gemacht werden wird. Kleinen aber, vor allem Gerichten in ländlichen Bezirken, wird es in der Regel gar nicht möglich sein, einen sachverständigen Arzt zu Rate zu ziehen. Nur in Ausnahmefällen wird der praktische Arzt über die nötigen Kenntnisse und vor allem über die praktischen Erfahrungen verfügen, ohne die er in derart knifflichen forensischen Fällen den Ausschlag nicht geben kann.

Das trifft auch für einen großen Teil der Kreisärzte zu, auch wenn ihnen uneingeschränkt zugestanden werden soll, daß sie jetzt in ganz anderem Umfange über allgemeine psychiatrische Kenntnisse verfügen wie früher. Sie haben vor allem auch mit dem Vorurteil zu kämpfen, das auf ihnen nicht selten lastet, daß sie sonst so oft gerichtsärztlich tätig sind und als einseitig eingestellte „Staatsanwaltschaftsgutachter“ gelten. Da gerade der neue Entwurf immer wieder betont, daß bei der Behandlung der jugendlichen Straffälligen das erzieherische Moment so lange im Vordergrunde stehen soll, als es irgendwie angängig ist, so sollte man auch hierbei alles vermeiden, was den Begriff der Strafe vorzeitig zu sehr hervortreten lassen könnte, auch wenn man auf diese unsinnigen Ansichten des Volkes herabsehen zu können glaubt.

Man muß sich im übrigen darüber klar sein, daß auch psychiatrisch geschulte Ärzte dieser Aufgabe nicht ohne weiteres gewachsen sind. Jeder, der sich längere Zeit mit derartigen Untersuchungen be-



schäftigt und vor allem mit den Kindern und Jugendlichen der Fürsorgeerziehung abgegeben hat, muß sehr bald die Erfahrung machen, daß es eines ganz besonderen Einlebens in die Psychopathologie dieses Lebensabschnitts bedarf, um sich hier ganz sicher zu fühlen. Hier stehen eben die physiologischen Abweichungen in psychischer Beziehung, die in diesem Übergangsstadium an der Tagesordnung sind, oft ganz unvermittelt neben den krankhaften Erscheinungen dieser Altersperiode. Selbstverständlich sind die Irrenärzte in erster Linie berufen, an dieser Aufgabe mitzuwirken, da sie ja am ersten in der Lage sind, sich in diese wichtigen Aufgaben einzuarbeiten.

In den Jugendämtern ist die Mitwirkung des Arztes, vor allem auch des Psychiaters, gerade für diese Aufgaben unerläßlich. Ist ein Psychiater nicht zu erreichen, so muß ein anderer Arzt, der sich der Bedeutung dieser Aufgabe bewußt ist, damit betraut werden. Voraussetzung dabei ist, daß er sich die Forderungen, die die Kenntnis der kindlichen Psychopathologie an ihn stellt, aufs innigste zu eigen macht und die nötigen praktischen Erfahrungen auf diesem Gebiete sammelt.

Die Jugendämter vermögen auch am besten eine Aufgabe zu lösen, deren Wichtigkeit schon seit längerer Zeit von allen forensischen Psychiatern anerkannt worden ist, deren Lösung aber bis jetzt in der Regel auf unüberwindliche Schwierigkeiten gestoßen hat.

§ 25 des Entwurfs schreibt vor, daß bei Ermittlungen möglichst frühzeitig die Lebensverhältnisse des Beschuldigten sowie alle Umstände zu erforschen sind, die zur Beurteilung seiner körperlichen und geistigen Eigenschaften dienen Diese Feststellungen umfassen alles das, was für das Milieu in Betracht kommt, also für den zweiten für die Gestaltung des Asozialismus so außerordentlich wichtigen Faktor.

Die Erhebung der Anamnese zu dieser Zeit ist ja von so grundlegender Bedeutung und durch nichts anderes zu ersetzen, weil sie in das ganze künftige Leben der Vertreter des Asozialismus und der Anwärter auf das Verbrechertum hineinragt. Jetzt liegt noch die ganze Veranlagung ungetrübt und deutlich erkennbar zutage. Der Einfluß der erblichen Belastung, der Erziehung, der Umwelt ist noch unverfälscht zu erfassen und losgelöst von der späteren Entartung der Persönlichkeit, dem Alkoholismus, den Geschlechtskrankheiten, den Folgen einer zerrissenen Lebensführung, des Verbrecherlebens, der Haft zu erkennen.

Jetzt gestattet sie auch in der Regel ein Urteil darüber, ob — nach



§ 7 — der verbrecherische Wille des Täters nach den Umständen entschuldbar ist, und ob die Voraussetzungen des § 3 in Frage kommen. Er ermöglicht es, den Einfluß der inneren Veranlagung von den Einwirkungen des Milieus zu scheiden.

Wie schwer die Feststellung aller dieser Einflüsse ist, ist bekannt. Im Termin ist es dazu immer zu spät. Vieles erfährt man bei dieser Gelegenheit überhaupt nicht mehr.

Wie schwer es ist, von den Eltern ausreichende und einwandfreie Angaben zu erhalten, weiß jeder, der einmal von diesen Trägern der erblichen und sozialen Belastung die näheren Angaben über die Entstehung der inneren und äußeren Verwahrlosung ihrer Sprößlinge zu erhalten gesucht hat. Auch die Auskünfte der Lehrer und Geistlichen können diesen Mangel nicht ersetzen, und Ärzte kommen in der Regel überhaupt nicht in die Lage, sich über die psychische Verfassung dieser Rekruten der zukünftigen Verbrecherarmee ein zutreffendes Bild zu machen oder es vor Gericht kundzugeben. Dabei erfordern diese Forschungen stets wieder eine besondere Übung.

Die Jugendämter werden dazu am ersten in der Lage sein. Auf der einen Seite arbeiten sie zusammen mit den Jugendgerichten und wissen die forensische Bedeutung dieser Erhebungen zutreffend zu würdigen. Auf der andern Seite verfügen sie über Persönlichkeiten, die sich diesen zeitraubenden und mühevollen Erhebungen widmen und diese Nachforschungen unauffällig und sachgemäß durchführen können.

§ 5 des Entwurfs bestimmt, daß das Gericht neben andern Strafen auch die Fürsorgeerziehung verhängen kann. Auch vom psychiatrischen Standpunkte aus muß diese Formulierung als sehr bedenklich bezeichnet werden. In diesem Zusammenhange muß die Fürsorgeerziehung als Strafe erscheinen. Das wird auch dadurch nicht verhindert, daß sie nicht vom Strafgericht verhängt, sondern vom Vormundschaftsgericht angeordnet werden soll. So wie so schon ist das Volk in seiner großen Mehrheit entschieden geneigt, in der Fürsorgeerziehung eine viel härtere und eingreifendere Strafe zu erblicken, als in allen andern Strafmaßnahmen, vor allem auch in den kurzfristigen Freiheitsstrafen. Zwar sollte das Gesetz über die Fürsorgeerziehung gerade mit dieser falschen Auffassung aufräumen. Aber ist das bis jetzt noch nicht gelungen, so würde die neue Fassung nur dazu beitragen, das Volk in dieser falschen Auffassung zu bestärken, der die Psychiatrie bei den innigen Banden, die sie mit der Fürsorgeerziehung verbinden, entschieden entgegentreten muß.



Auch von irrenärztlicher Seite ist, so oft die Psychiatrie in die Fürsorgeerziehung eingreifen sollte, diese Auffassung immer als außerordentlich störend empfunden worden, mochte sie es mit Zöglingen zu tun haben, bei denen die Minderwertigkeit der Anlage die Zurechnungsfähigkeit in Frage stellte, oder wenn die Aufnahme in eine Heil- und Pflegeanstalt in Frage kam. Schon jetzt wird sehr oft von den unverständigen Angehörigen die Beobachtung und Behandlung dieser minderwertigen Zöglinge in psychiatrisch geleiteten Anstalten als Strafe aufgefaßt. Der Widerstand, den diese Verwandten oft gegen die sachgemäße Behandlung ins Werk setzen, wird an Schärfe und Nachhaltigkeit gewinnen, wenn das Gesetz selbst die Fürsorgeerziehung mit einer Strafe auf eine Stufe stellt. Dabei darf man nicht vergessen, welche Schwierigkeiten die Behandlung der Minderwertigen, vor allen der Psychopathen, im Reiche der Fürsorgeerziehung selbst verursacht, und welche Erwägungen die Bestrafung, vor allem die Züchtigung der Zöglinge verlangt, denen eine restlose Verantwortung und eine unbedingte Straffähigkeit nicht aufgebürdet werden kann.

Die Einführung der Probezeit muß vom psychiatrischen Standpunkt aus als ein großer Fortschritt aufgefaßt werden. Unter dem Material der Fürsorgeerziehung findet sich eine große Zahl von Psychopathen vor, die in ethisch-moralischer Beziehung durchaus nicht allzu tief stehen, die aber ihre Haltlosigkeit und Willensschwäche nur zu leicht der Kriminalität überantwortet. Vom pädagogischen und in gleichem Maße vom psychiatrischen Standpunkt aus ist es das erste und wichtigste Ziel der Erziehung, eine Stählung der Willenskraft herbeizuführen, die Hemmungen zu mehren und ihnen ein Ziel vor Augen zu stellen, dessen Erreichung ihnen wichtiger erscheinen muß, als die Ausnutzung von Augenblicksvorteilen. Wenn sie durch die gute Führung sich von Strafe frei machen können, ist das wenigstens für manche von ihnen ein Ziel, das ihre Willenskraft stählt und sie daran gewöhnt, sich einer sozialeren Lebensführung hinzugeben.

Daß die Untersuchungshaft nur dann vollstreckt werden soll, wenn ihr Zweck durch kein anderes Mittel zu erreichen ist, ist wieder eine Bestimmung, die in erster Linie allen jugendlichen Kriminellen zugute kommt, die in psychischer Beziehung nicht einwandfrei sind. Die Schädigungen, die die Haft bei kindlichen und jugendlichen Kriminellen im Gefolge haben kann, sind so bekannt, daß selbst die kurzen Zeiten der Untersuchungshaft ausgeschaltet werden sollten. Das hat im übrigen auch für die Mehrzahl der Jugendlichen Geltung, die anscheinend auf ein völlig normales Seelenleben Anspruch machen können.

Deshalb ist es von größter Bedeutung und an und für sich selbstverständlich, daß, wenn die Untersuchungshaft doch vollstreckt und



nach § 22 der Jugendliche mit andern Gefangenen in einem Raume untergebracht werden muß, Vorsorge getroffen wird, daß er durch das Zusammensein mit zünftigen Verbrechern nicht sittlich gefährdet wird. Die Jugend ist ja schon an und für sich fremden Einflüssen in hohem Maße zugänglich, und das trifft erst recht auf die Schwachsinnigen und Psychopathen unter unseren Fürsorgezöglingen zu. So oft müssen wir ja bei den jugendlichen Kriminellen eine Schädigung durch die Untersuchungshaft feststellen, und dann ist es neben den andern ungünstigen Einflüssen, die hier wirken, die Verführung durch andere, die bei diesen leicht empfänglichen und beeinflußbaren Gemütern Ethik und Moral in ungünstigem Sinne umgestaltet. Die Durchführung dieses Grundsatzes in den meisten kleinen Gefängnissen wird ja auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen, vor allem in unserer Zeit, in der sich die jugendliche Kriminalität so außerordentlich gehäuft hat. Die Unterbringung in andern Gefängnissen, die für diesen Zweck geeignet sind, ist nach Lage der Sache wohl nur in Ausnahmefällen möglich.

Die Notwendigkeit, die Jugendlichen mit Erwachsenen zusammenzulegen, kommt in der weiteren Bestimmung zum Ausdruck, daß ein Jugendlicher mit Erwachsenen in einem Raum nur untergebracht werden soll, wenn dies durch seinen körperlichen und geistigen Zustand geboten ist. Das kommt im wesentlichen nur dann in Betracht, wenn er in das Lazarett kommt. Das mag ja noch am ersten als eine Einschränkung des Grundsatzes, daß ein Jugendlicher überhaupt nicht in Berührung mit Erwachsenen kommen soll, mit in den Kauf genommen werden können, da es durch die Macht der Umstände geboten sein kann. Ein kümmerlicher Notbehelf bleibt es auf alle Fälle. Handelt es sich um Zustände, in denen der geistige Zustand zu irgend welchen Bedenken Anlaß geben sollte, ist nach allen Erfahrungen, die wir mit diesen zweifelhaften Seelenzuständen der Jugendlichen gemacht haben, das sofortige Ausscheiden aus der Untersuchungshaft und die Überführung in eine Umgebung, in der man diesen schwierigen Verhältnissen am besten Rechnung tragen kann, ein unbedingtes Erfordernis.

Der wichtigste Paragraph, der für die Bewertung des neuen Gesetzentwurfs auch vom psychiatrischen Standpunkt aus in erster Linie steht, bestimmt: „Wer eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, ehe er das vierzehnte Lebensjahr vollendet hat, ist nicht strafbar." Damit ist der Anfang gemacht worden, die schon längst und eindringlichst geforderte Heraufsetzung des Strafmündigkeitsalters langsam Gestalt annehmen zu lassen.

Während bis jetzt die Strafmündigkeitsgrenze mit dem 12. Lebens-



jahre erreicht wurde, soll das von jetzt ab mit dem 14. Lebensjahre der Fall sein. Das ist allerdings ein Fortschritt, der sich noch in keiner Weise mit den Anforderungen der Wirklichkeit deckt. Daß Kinder im Alter von 12 bis 14 Jahren nicht in das Gefängnis gehören, ist eine Selbstverständlichkeit, der man auch unter der bisherigen Rechtsprechung schon dadurch Rechnung getragen hatte, daß man nur in verschwindend wenigen Fällen von dieser Möglichkeit der Bestrafung Gebrauch gemacht hatte. Es handelt sich hier unter allen Umständen um ein kindliches Gehirn, dessen Entwicklung nicht entfernt abgeschlossen ist, und dessen Leistungen auch im besten Falle und unter den günstigsten Umständen nicht entfernt hinreichen, um die volle Verantwortung zu gestatten und die Strafvollzugsfähigkeit walten lassen zu können.

Es sind in erster Linie die Haftstrafen, denen auch für die nächste Altersperiode die gleichen Bedenken entgegenstehen.

Von ihnen muß zunächst befürchtet werden, daß sie eine direkte nachteilige Wirkung auf die Psyche der Jugendlichen ausübten. Der kindliche Geist, auch wenn er als normal angesehen werden kann, ist von Natur so empfindlich und labil, daß er den ungünstigen Einwirkungen der Haft nur einen geringen Widerstand entgegenzusetzen vermag. Leichter stellen sich bei ihm psychische Störungen ein, die der Haft eigentümlich sind. Besonders leicht unterliegen ihr die abnormen Geisteszustände, die wir unter den jugendlichen Kriminellen so häufig antreffen, die Schwachsinnigen, die Epileptiker und Psychopathen.

Nicht minder groß ist die Gefahr, daß die Jugendlichen schon sehr frühzeitig abgestumpft werden. Ist schon der Erwachsene erfahrungsgemäß geneigt, der zweiten Strafe mit unvergleichlich größerem Gleichmute entgegenzusehen, wenn er einmal bestraft worden ist, so ist das in noch höherem Maße bei den Jugendlichen der Fall. Die Strafe hat dann ihren abschreckenden Zweck eingebüßt und von einer Besserung kann dann noch viel weniger die Rede sein.

Diese Gefahr wird dadurch noch sehr erheblich vergrößert, daß die Jugendlichen durch den Einfluß der Haft vor allem der Umgebung sittlich auf das schwerste gefährdet werden, auch wenn sie bis dahin noch gar nicht so verdorben waren. Das wird auch durch den Aufenthalt in Jugendgefängnissen nicht verhütet. Der Einfluß verdorbener Altersgenossen, die ja am meisten Aussicht haben, im Gefängnis zu stranden, tut hier genau dieselben Dienste. Das trifft natürlich am meisten die geistig Minderwertigen. zumalsie so wie so gewöhnlich über keinen besonders großen Schatz von Moral und Ethik zu verfügen haben und sich so nur zu leicht der Macht der Verführung und des bösen Beispiels beugen.

Wie groß der schädliche Einfluß des Gefängnisses ist, hat sich schon längst allen denen erschlossen, die mit der Erziehung der Jugendlichen und der Erforschung ihres Seelenlebens zu tun haben, also in erster Linie den Vertretern der Fürsorgeerziehung. Haben diese Jugendlichen längere



Freiheitsstrafen zu überstehen gehabt, so prägt sich in ihrem ganzen Wesen die überstandene Haft oft so deutlich aus, daß man bei genügender Erfahrung daraus einen bestimmten Typus zu erkennen vermag. Bald sind sie scheu, gedrückt, verschlossen, bald stumpf und gleichgültig, dann wieder frech, abgebrüht und mit allen Hunden gehetzt. Manchmal erlaubt ihr Auftreten ohne weiteres den Rückschluß auf eine überstandene Freiheitsstrafe.

In der Regel setzen sie jetzt der Erziehung einen noch deutlicheren Widerstand entgegen wie vorher, und wenn sie dieser nur einmal doch überantwortet werden müssen, ist es gar nicht zu verstehen, weshalb sie vorher noch die kurzfristigen Freiheitsstrafen abmachen sollen.

Das gilt auch unter allen Umständen für die ersten Jahre, die in den Beginn der von dem neuen Gesetzentwurfe vorgesehenen Zeit der Strafmündigkeit fallen. Auch jetzt stehen sie noch in einem Alter, in dem die Gründe, die gegen die Bestrafung der Kinder ins Feld geführt werden müssen, noch in voller Eindringlichkeit fortbestehen.

Noch immer ist die Gehirnentwicklung zu keinem Abschluß gekommen. Der Verstand ist noch nicht so entwickelt, daß man bei den Jugendlichen, die noch immer nicht aus dem Stadium der Kindlichkeit herausgekommen sind, ein derartiges Verständnis für die Strafbarkeit der Handlung voraussetzen darf, daß man ihnen die Verhängung eines so schweren Eingriffes in ihre ganze Lebensführung zumuten dürfte, der oft für ihre ganze Zukunft von der größten Bedeutung ist. Bei der verwickelten Gestaltung des Lebens, bei der Menge von Eindrücken, Kenntnissen und Erfahrungen, die eine volle Zurechnungsfähigkeit voraussetzen, bei der Fülle von Material, die das jugendliche Gehirn gerade in diesen Jahren aufzunehmen und zu verarbeiten hat, kann von irgendeinem selbständigen Verantwortungsgefühl in diesen Jahren nicht die Rede sein. Die ethische und moralische Entwicklung ist noch zu keinem Abschlusse gediehen. Vor allem verfügen sie noch nicht über die genügende Willenskraft. Sie beugen sich leichter den Einflüssen der Umgebung und huldigen den Eingebungen des Augenblicks. Da ihnen noch so gut wie ganz die Hemmungen fehlen, über die der Erwachsene verfügt, neigen sie zum triebhaften Handeln. Sie verkörpern einen Geisteszustand, den man zwanglos als eine physiologische Minderwertigkeit bezeichnen kann. Er ist zwar nicht gleichbedeutend mit einer Geisteskrankheit, erfüllt aber doch die Voraussetzungen des § 51 in seinen wesentlichen Punkten.

Dabei ist ihre Widerstandsfähigkeit gegen ungünstige äußere Einflüsse noch nicht wesentlich gewachsen. Noch immer nicht vertragen sie oft den Aufenthalt im Gefängnis, und es kann hier sogar zu einem vollkommenen geistigen Stillstande kommen. Und das um so eher, als ihnen hier die Anregungen fehlen, die aus dem Zusammensein mit normalen und ethisch gearteten Altersgenossen hervorgehen, und die Berührung mit dem praktischen Leben, die so oft gerade den intellektuell weniger gut gestellten Jugendlichen einen Ersatz dafür geben muß, daß sie mit der geistigen und theoretischen Ausbildung nicht weiter kommen. Es



fehlt ihnen ja hier überhaupt ganz die zielbewußte und planmäßige Erziehung, trotz aller Bestimmungen, die für diese Altersperiode eine völlige Unterbrechung des Unterrichtes in der Haft verhüten sollen.

Schon lastet über diesem Zeitabschnitt die Pubertät mit allen ihren Folgeerscheinungen. Welche Bedeutung die Geschlechtsentwicklung für die Kriminalität, vor allem für deren Ausbruch hat, ist bekannt. Häufig ist ja der erste klinische Ausdruck einer in der Pubertät auftretenden krankhaften Entwicklung der geistigen Tätigkeit ein Zusammenstoß mit den Strafgesetzen. Aber auch unter normalen Verhältnissen ist das Versinken in das Verbrechertum nichts Seltenes. Der jugendliche Geist befindet sich eben in einem Übergangszustande. Auf der einen Seite ist er noch durchaus unfertig, auf der andern Seite wird er durch unbestimmte Reizungen und Triebe zu einer Betätigung gedrängt, zu deren Ausführung ihm noch die Kräfte ermangeln. Dabei steht er unter dem Einflusse von Stimmungsschwankungen, seine Reizbarkeit ist gesteigert, die wunderlichsten Abweichungen in der moralischen und ethischen Entwicklung machen sich geltend, und das ganze Willensleben zeichnet sich durch Unausgeglichenheit und Sprunghaftigkeit aus. Auch wenn die Einsicht in das Strafbare der Handlung vorhanden sein sollte, besteht meist ein Mangel an Besonnenheit und Urteil über ihre Folgen. Daneben wirkt eine erhitzte Phantasie mit, romantische Gefühlszustände, eine starke Beeinflußbarkeit und Leichtgläubigkeit unterliegen leicht stärkerem Willen und Verstande. Der Geisteszustand ist dauernd so schwankend, daß es nur eines geringen Anstoßes bedarf, um das Gleichgewicht zu stören.

In diese Zeit verflechten sich manche geistige Krankheitserscheinungen, die durch die Haft leichter ausgelöst und schärfer ausgeprägt werden. Nicht immer treten diese Krankheitsvorgänge nach außen hin auffällig in die Erscheinung. Vor allem kann in der Pubertät eine Entwicklungshemmung des Gehirns einsetzen, die zum Stillstand in der intellektuellen Entwicklung führt. Auch sonst ragen die Wurzeln mancher Geisteskrankheiten in die Zeit der Geschlechtsentwicklung hinein. Auch wenn sie noch keine bedeutende Rolle zu spielen scheinen und eine Geisteskrankheit im Sinne des § 51 in der Regel nicht in vollem Umfange nachgewiesen werden kann, wirken sie doch fast immer innerlich so bestimmend auf die ganze Denkweise und die Willensäußerungen ein, daß die volle Willensfreiheit meist sehr ernstlich gefährdet erscheint. Auf eine geminderte Zurechnungsfähigkeit wird man in den meisten Fällen herauskommen müssen.

Es fällt auch für diese Altersperiode sehr schwer ins Gewicht, daß die angeborenen und dauernd bestehenden geistigen Entartungszustände, die bis dahin meist nicht viel zu sagen hatten, nun schärfer zum Ausdruck gelangen, zu einer asozialen Betätigung kommen und zum § 51 wieder eine zweifelhafte Stellung einnehmen, auch wenn sie seine Voraussetzungen nicht ganz erfüllen. Sie sind es, für die der Aufenthalt im Gefängnis recht oft eine sehr bedenkliche und oft gefährliche Maßnahme bedeutet.

Die Bedenken, die gegen die Zurechnungs- und Strafvollzugsfähigkeit der Jugendlichen zur Zeit der Pubertät sprechen, sind so groß, daß diesen unter allen Umständen das Gefängnis verschlossen bleiben

müßte. Wenn sich nur der Zeitraum, in den sie fällt, genau abgrenzen ließe! Aber leider ist er außerordentlich schwankend. Gerade bei den geistig Minderwertigen beobachten wir alle möglichen Abweichungen von der Norm. Neben einer auffälligen Frühentwicklung, die dann auch meist auf krankhafter Grundlage erwachsen ist, beobachten wir bei ihnen sehr häufig einen verspäteten Ablauf. Es darf auch nicht vergessen werden, daß die geistige Pubertätsentwicklung mit der körperlichen durchaus nicht immer parallel läuft. Es ist ja nicht nur die Lebensperiode, in der der Mensch die Geschlechtsreife erlangt. Jetzt entwickelt sich auch in gesteigertem Tempo die Intelligenz: der Mensch beginnt in abstrakten Vorstellungen zu denken, Moral und Ethik entwickeln sich, und die geistige Selbständigkeit bahnt sich an. Diese geistige Geschlechtsentwicklung braucht gerade bei geistig Minderwertigen oft eine auffallend lange Zeit. Sehr oft können wir sogar beobachten, daß sich einzelne Erscheinungen dieser Periode, die sich zudem besonders gern mit dem Verfall in die Kriminalität verknüpfen, noch in die Zeit nach der Mündigkeit fallen.

Die Beurteilung wird dadurch sehr erschwert, daß sich diese Abweichungen vom normalen Verlauf nach außen hin nicht immer deutlich ausprägen und sehr schwer erfassen lassen. Selbst wenn alle Vertreter dieser schwierigen Periode mit einer psychiatrischen Untersuchung bedacht werden könnten, würde die Aufdeckung dieser vorübergehenden Minderwertigkeit oft auf große Schwierigkeiten stoßen. Sicherlich würde der § 51 nur selten zur Anwendung kommen, während allerdings der § 3 des Entwurfs schon viel eher eine Handhabe abgeben könnte, diesen zweifelhaften Fällen ihr Recht zukommen zu lassen.

Sicher ist es unter allen Umständen, daß die Jugendlichen in allen diesen Fällen, auch wenn eine psychiatrische Auffassung durch die Eigenart des Einzelfalls nicht bedingt zu sein scheint, in Verhältnisse gebracht werden müssen, in denen dieser zwiespältigen und so leicht verletzbaren Geistesverfassung Rechnung getragen werden kann. Davon kann aber im Gefängnis auch unter den günstigsten Umständen nie die Rede sein.

Gerade mit Rücksicht auf die Empfindlichkeit dieser Altersperiode und die häufige Verbrämung mit psychopathischen Erscheinungen muß den Jugendlichen in dieser Zeit, auch wenn eine psychiatrische Behandlung nur in Ausnahmefällen gefordert zu werden braucht, eine sachgemäße Erziehung zuteil werden. Diese braucht sich durchaus nicht immer einer unbedingten Milde und Schonung zu befleißigen, im Gegenteil, sie muß oft eine straffe und stets zielbewußte



Zügelführung walten lassen, wenn sie sich nur immer bewußt bleibt, was dieser Zeitraum zu bedeuten hat, und wie die einzelnen manchmal zutage tretenden auffallenden Erscheinungen in psychischer Beziehung zu werten sind.

Für diese Aufgabe kommt hier in erster Linie, ja beinahe so gut wie ausschließlich die Fürsorgeerziehung in Betracht. Sie wird mit den Eigentümlichkeiten dieser Übergangsperiode um so leichter fertig, als die meisten Fürsorgeerzieher sich mit der Zeit damit vertraut gemacht haben, welch gewaltiger psychopathischer Kern in ihrem Material steckt.

Wenn man versuchen will, diesen Zeitraum, in dem die Strafmündigkeit aus allen diesen Gründen noch ruhen muß, abzugrenzen, so ist vom psychiatrischen Standpunkt aus das 16. Lebensjahr das Mindeste, was verlangt werden muß.

Dafür spricht auch die Abhängigkeit von äußeren Verhältnissen. Die Erziehung ist im allgemeinen noch nicht abgeschlossen, die straffälligen Jugendlichen, in erster Linie wieder die psychopathisch Veranlagten unter ihnen, stammen in der Regel aus ganz zerrissenen und unzulänglichen Familienverhältnissen, in denen von einer zweckmäßigen und zielbewußten Erziehung im allgemeinen nicht gesprochen werden kann. Ebenso mangelhaft ist in der Regel ihre Schullaufbahn gewesen. Da sie sich meist dem regelrechten Unterricht entzogen haben und infolge ihrer geringeren geistigen Veranlagung gar nicht das auszunutzen imstande sind, was die Schule an ihnen wirken sollte, so ist deren Verlängerung durchaus erforderlich. Die Einstellung auf einen Beruf, der Eintritt in das praktische Leben, die Ausnutzung ihrer körperlichen Fähigkeiten werden durch ihre minderwertige Veranlagung derart in falsche Bahnen gedrängt, daß es dringend erforderlich ist, sie an eine zielbewußte Arbeit zu gewöhnen, sie zur Ausnutzung ihrer Fähigkeiten zu bringen und in die Arbeit an der eigenen Zukunft einzuführen. Das kann ihnen wieder das Gefängnis nicht geben. Nur die Erziehung in ihrer höchsten Form vermag die in ihnen liegenden Widerstände zu überwinden.

Für das Alter von 17 und 18 Jahren, die letzte Zeit vor dem Eintritt der Strafmündigkeit, liegen die Verhältnisse in mancher Beziehung nicht anders, und die Bedenken, die für die volle Strafmündigkeit bestehen, treffen nicht nur auf vereinzelte Jugendliche zu.

Bei manchen von ihnen ist die Pubertät noch immer nicht zum Abschluß gelangt. Die Psychopathen mit ihrer Labilität bieten den ungünstigen Einflüssen der Haft noch immer eine günstige Angriffsfläche. Die Gehirnentwicklung ist noch immer nicht zum Abschluß gelangt, und dem entsprechend können wir weder auf eine endgültige Ausbildung der Intelligenz rechnen, noch ist die Charakterbildung abgeschlossen, und das Willensleben läßt nur zu oft die Schwankungen dieser eigenartigen Entwicklungsperiode erkennen. Ein sicheres Mittel, um alle die zu erkennen,



denen die volle Zurechnungsfähigkeit zuerkannt werden kann, haben wir auch für diese Altersperiode nicht. Immer wieder müssen wir es erleben, daß auch kraftvoll erscheinende Naturen im Strafvollzuge zusammenbrechen, zumal jetzt auch eher höhere Strafen verhängt werden. Die moralische Vernichtung, das Auswachsen einer asozialen Gesinnung ist auch hier nur zu oft die unerwünschte Begleiterscheinung der Strafe. Auch bei ihnen ist meist noch sehr viel von der Erziehung nachzuholen, die ja nach der Idee des Gesetzentwurfes den Platz vor der Strafe einnehmen soll. Da unter den Minderwertigen, die so oft in geistiger und körperlicher Beziehung zurückgeblieben sind, tatsächlich die Verhältnisse vorliegen, denen die milderen Bestimmungen gerecht werden können, sollte man diese ihnen nach dem Grundsatze: In dubio pro reo in weitestem Umfange zu gutekommen lassen. Und da eben die Scheidung so schwer ist, sollte man es für zweckmäßiger erachten, wenn durch eine Verallgemeinerung dieser milden Grundsätze die Auswahl der zum Strafvollzuge ganz unbedenklich geeigneten Elemente unnötig gemacht würde. Wenn sie der Strafe entgehen, kann bei ihnen die Erziehung deren Werk übernehmen. Der Psychiater würde es jedenfalls zu tragen wissen, wenn ihm die schwierigen Untersuchungen und Erwägungen in diesen Grenzfällen erspart bleiben, wenn das Strafmündigkeitsalter mit 18 Jahren begänne.

Dieser Auffassung stehen allerdings gerade sehr wichtige Bedenken entgegen. Im allgemeinen muß man annehmen, daß die Geschlechtsentwicklung wenigstens in ihren gröbsten Zügen erledigt ist. Die Jugendlichen sind der Schule entwachsen, sie haben angefangen, sich in einem Berufe zu betätigen, sie beginnen sich aus dem Elternhause loszulösen, selber zu verdienen und eine gewisse Selbständigkeit zu erringen. Ihre körperliche Widerstandsfähigkeit hat sich wesentlich gehoben, und ihre geistige Leistungsfähigkeit hat eine derartige Steigerung erfahren, daß man ihnen die Zurechnungs- und Strafvollzugsfähigkeit nicht ohne weiteres abzusprechen wagen wird.

Jeder, der dauernd mit solchen Jugendlichen zu tun hat, wird bei noch so weitgehender Kritik anerkennen, daß ein gewisser Prozentsatz, den man allerdings nicht allzu hoch einschätzen darf, geistig und körperlich so weit entwickelt ist, daß man keine Bedenken zu haben braucht, ihn dem Gefängnis zu überantworten.

Man darf auch nicht aus dem Auge lassen, daß in den letzten Jahren unter den ungünstigen Einflüssen des Krieges, der revolutionären Umwälzungen, der traurigen Gestaltung der Nachkriegszeit die Verwahrlosung und der allgemeine Schwund von Moral und Ethik die Steigerung zur kriminellen Betätigung unter der Jugend derartig gesteigert hat, daß man eine zu weichliche Auffassung auch dieser zwiespältigen Altersperiode nicht anwenden darf. Wo es möglich ist, ist ein straffes Eingreifen gegen die Ausschreitungen dieser Sturm- und Drangperiode oft dringend erforderlich. Wir müssen es uns daher sehr überlegen, ob wir eine Waffe im Kampfe gegen die Verwahrlosung aus der Hand zu legen berechtigt sind, solange wir uns von ihr einen wenn auch sehr geringen Erfolg versprechen dürfen. Wenn man sieht, daß alle sonstigen Mittel der Erziehung an diesen minderwertigen Naturen versagen, und daß auf der andern Seite bei manchen von ihnen noch immer ein gewisser Respekt vor dem Gefängnis



geblieben ist, dann wird auch der Erzieher nicht auf diese Strafe verzichten, der sonst den psychopathologischen Eigenschaften dieser Zeit noch so weit Rechnung trägt. Auch wenn man die erziehlichen, bessernden, vorbeugenden Wirkungen der Strafhaft nicht überschätzt, oder gerade deshalb, weil man sich darüber klar ist, daß die Haft diese Wirkungen einbüßt, wenn sich die Jugendlichen im Strafvollzuge befinden, wird man sie nicht entbehren wollen, weil sie in der Erziehung oft als heilsames Schreckmittel wirkt und deshalb imstande ist, die nötigen Hemmungen zu erwecken. Es ist derselbe Grund, aus dem man trotz aller schweren Bedenken, die dagegen sprechen, auch die körperliche Züchtigung nicht ganz aus dem Kreise der Erziehungs- und Zuchtmittel der Fürsorgeerziehung verbannen will.

Bleibt die Gefängnisstrafe trotz aller Bedenken, die sie immer gegen sich hat, bestehen, dann muß man allerdings verlangen, daß sie, gerade wie die körperliche Züchtigung, nur die Ausnahme darstellen darf. Es muß unter allen Umständen die Gewähr geleistet werden, daß durch die Erhebung einer genauen Vorgeschichte und durch eine möglichst ausgiebige und sachgemäße Untersuchung nach Möglichkeit alle die Elemente ausgeschieden werden, denen eine derartige Strafe nicht zugemutet werden darf. Ebenso müssen sie im Strafvollzuge entsprechend untergebracht und während der Strafverbüßung immer besonders im Auge behalten werden, damit sie im Notfalle rechtzeitig den Schädigungen der Haft entzogen werden können. Auch vom psychiatrischen Standpunkt aus muß erstrebt werden, daß neben dieser Strafe auch die Erziehung nicht zu kurz kommt. Es muß auch bei ihnen von der bedingten Begnadigung und Strafaussetzung nach Möglichkeit Gebrauch gemacht werden. Auf der andern Seite allerdings darf man dann nicht zaudern, in geeigneten Fällen die Strafe in Kraft treten zu lassen, wenn sie nicht ihre ganze Wirkung einbüßen soll.

Überhaupt darf man, wenn man auf die Haftstrafen ganz verzichtet oder sie doch in erheblichem Maße einschränkt, nicht der Anschauung Nahrung geben, daß der Asozialismus sich nun ungestraft ausleben dürfe. Schon jetzt hat die jugendliche Kriminalität in unheimlichstem Maße zugenommen. Würde bei dieser Änderung der Ahndung dieser kriminellen Ausschreitungen der Glaube aufkommen — wie das ganz sicher der Fall sein würde —, daß es überhaupt gar keine Strafe mehr gebe, so würde ein weiteres maßloses Steigen der jugendlichen Kriminalität die unabwendbare Folge sein.

Wollen wir das verhüten, wollen wir an Stelle der Strafe lediglich die Erziehung in ihre Rechte treten lassen, dann muß diese auch rücksichtslos in ihrer straffsten Form zur Anwendung kommen. Die Fürsorgeerziehung muß noch weit mehr als bisher durchgeführt werden.



Wir dürfen uns allerdings nicht verhehlen, daß dann, da eine andere Strafe vom Volke nicht als solche erkannt wird — der Verweis spielt ja praktisch kaum eine Rolle —, der Fürsorgeerziehung erst recht die Bedeutung ausschließlich der Strafe beigelegt werden würde, was doch immer gerade verhütet werden soll. Das wird um so mehr die Anschauung des Volkes werden, als die schwersten und bedenklichsten Vertreter der jugendlichen Kriminalität, die der Strafe sowohl wie der Erziehung den meisten Widerstand entgegensetzen und bis dahin noch am ersten dem Gefängnis überantwortet wurden, nun in erhöhtem Maße den Anstalten der Fürsorgeerziehung zuwandern werden. Gerade sie neigen am meisten zu Entweichungen und zur Unbotmäßigkeit, und können sich auch sonst mit der Anstaltzucht auf die Dauer am wenigsten abfinden. Man wird sich, wenn die Zahl dieser Jugendlichen weiter zunimmt, dazu verstehen müssen, ihnen eine noch mehr gebundene Art der Unterbringung angedeihen zu lassen. Der Fürsorgeerziehung wird dadurch ungewollt weit schärfer der Charakter der Strafe aufgeprägt werden.

Man wird in diesen schwersten Vertretern des Asozialismus in der Regel wieder die Träger der Psychopathie wiedererkennen, bei denen diese geistigen Abweichungen nicht ausgereicht hatten, um ihnen die Segnungen des § 3 zu erkämpfen. Man kann auch mit großer Sicherheit annehmen, daß die Erziehungsanstalten, sobald sie einmal den psychopathischen Kern dieser unholden Gäste erfaßt haben, sich nach Kräften bemühen werden, sie an die Irrenanstalten weiterzugeben, nachdem die Künste der Erziehung ganz an jenen versagt haben. Daß sie auch in der Irrenanstalt nicht am richtigen Orte sind, bedarf keiner längeren Ausführungen.

Wird die Strafe für dies Lebensalter abgeschafft oder doch erheblich eingeschränkt, dann wird sich als unvermeidliche Folgeerscheinung sehr bald herausstellen, daß eine Vermehrung der Anstalten nötig ist, in denen Psychiatrie und Pädagogik im gleichen Maße bemüht sind, sich mit den Auswüchsen dieses auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehenden Jugendlichen abzufinden. Auch in den Psychopathenanstalten wird man dann nicht darum herum kommen, die ganze Behandlung und Erziehung nach strafferen und strengeren Grundsätzen zu gestalten, als es ohne das Hinzutreten so vieler Vertreter des ausgesprochensten Asozialismus der Fall sein würde. Auch hier wird es sich infolgedessen nicht vermeiden lassen, daß diese Anstalten in mancher Beziehung den alten Detentionsanstalten äußerlich wieder ähnlich werden. Innerlich trennt sie von jenen der grundsätzliche Unterschied, daß hier im Vordergrunde der ganzen Behandlung erzieherische Grundsätze stehen und daß dabei die psychiatrischen Forderungen soweit zu Worte kommen, als das eben möglich ist. Und so müssen diese Anstalten ebenso wie die Anstalten der Fürsorgeerziehung, das Odium tragen, daß das geringe Wohlwollen des asozialen Volkes in ihnen Strafanstalten sieht. Wie so oft muß sich die Psychiatrie damit abfinden,



daß sie sich bewußt bleibt, daß es nicht auf den Schein ankommt, und daß sie den Zöglingen das verleiht, was ihnen die Strafe nie mit auf den Lebensweg geben könnte.

Diese Psychopathenanstalten sind dann auch dazu berufen, die Vorläufer der Verwahrungsanstalten zu werden, die schon so lange angestrebt werden, deren Errichtung allerdings bei der Ungunst der Zeiten in absehbarer Zeit wohl nicht erwartet werden kann. Wenn sie einmal errichtet sind, wenn wir auch für die späteren Lebensperioden alle die zahllosen Vertreter des angeborenen und zünftigen Asozialismus dauernd oder doch auf unabsehbare Zeit unterbringen können, die bis jetzt immer der Zankapfel zwischen Justiz, Strafvollzug und Psychiatrie gewesen sind, dann wird man auch noch einmal so weit kommen, daß diese Opfer ihrer Veranlagung ohne weiteres aus den Psychopathenanstalten in diese Verwahrungsanstalten übergehen werden. Damit kommen sie viel eher zu ihrem Rechte, und die Allgemeinheit wird dadurch mehr geschützt als durch die verzettelten Strafen, mit denen man bisher diesem Schaden beizukommen suchte.

Bis dahin braucht es aber noch sehr viele Zeit. Die Stellung der Altersperiode von 16—18 Jahren zur Strafe bleibt noch immer sehr schwer zu beurteilen, und über die praktischen Folgen, die aus der Zwiespältigkeit ihres Wesens gezogen werden sollen, wird vor der Hand keine Übereinstimmung zu erzielen sein. Alles das, was dafür spricht, daß man für diese Zeit die Strafe ganz ausschalten soll, ist nicht so durchschlagend, daß die Gegner sich davon völlig überzeugen lassen werden. Auch wenn der Psychiatrie dadurch manche unbequeme Entscheidung erspart werden würde, kann man sich auch als Irrenarzt aus praktischen Gründen nicht so rückhaltlos dafür einsetzen, wie es die Theorie manchmal zu verlangen scheint.

So muß man sich wohl damit abfinden, für diese Zeit die Strafe nach Möglichkeit auszuschalten und sie, wenn sie sich nicht umgehen läßt, so zu gestalten, daß der Jugendliche dadurch nicht geschädigt und in seiner Erziehung beeinträchtigt wird.

Um so tatkräftiger aber müssen wir dafür eintreten, daß die Strafmündigkeitsgrenze unter keinen Umständen unter das 16. Lebensjahr heruntergeht. Wenn darüber Übereinstimmung herrscht — wie sie ja im allgemeinen bei Theoretikern und Praktikern in der Behandlung dieser Zeitperiode sicherlich erreicht werden kann —, dann sollte man, solange dazu noch Zeit ist, versuchen, in den neuen Entwurf diese Umgestaltung hineinzubringen, ohne die er ohne jede Frage ein Stückwerk bleiben wird.



Bemerkungen zu: Birnbaum, Psychopathologische Dokumente.

Von

Privatdozent Dr. **Otto Hinrichsen**, Basel.

Wozu *Birnbaums* sehr verdienstliche Veröffentlichung anreizt, ist natürlich die Frage: Was ist pathologisch, was sind psychisch abartige oder abwegige Dinge? Niemand kann mehr als ich diese *Birnbaum*sche Materialsammlung begrüßen mit der feinen und zurückhaltenden und doch eindringenden Art, in der *Birnbaum* zu dem von ihm Gebrachten Stellung nimmt, nachdem mich die Psychologie produktiver Vorgänge seit langem beschäftigt hat, überzeugt, wie ich war und bin, daß sich aus der genaueren Kenntnis dieser Vorgänge etwas für den Psychopathologen gewinnen läßt, mehr als mir bis dahin gelingen wollte, und als ich auch heute noch zu geben vermag. Immerhin bietet mir das Erscheinen des *Birnbaum*schen Buches eine Gelegenheit, frühere Ausführungen zu ergänzen, etwa, wie ich hoffe, auch ein wenig zu vertiefen. Was mir vor allem scheint, ist, daß wir unsere Begriffe von krank und gesund, normal und nichtnormal so halten müssen, daß wir nicht auf das Zuständliche damit zielen, Zustände sehen, sondern, und dafür ist ja schon manches geschehen, Aktivität, nicht auf das So-sein, auf die bloßen Erscheinungen abstellen, sondern darauf, was wird, was sich vollzieht und mit welchem Ergebnis, nicht nur Störungen sehen, sondern auch die Art, in der, was als Störung erscheint, oft nur ein Durchgang ist, darauf sehen, was die Störungen begrenzt und wieder aufhebt, wie sich ein neuer Gleichgewichtszustand wiederherstellt, Gesundheit als etwas Bedrohtes und Gehaltenes nehmen, Störungen als einen Weg zu dem noch möglichen Wiedergesundsein und entsprechend dann auch Erscheinungen, Vorgänge werten, d. h. untersuchen, wenn eigenartige oder abwegige Erscheinungen auftreten, ob sie eigentliche Störungen sind bzw. in welcher Art sie es sind, ob sie nicht der Gewinnung eines neuen Gleichgewichtszustandes dienen oder einen neuen, soweit er noch möglich,



seelischen Zusammenschluß bewirken usw. Auf diese Weise hätten wir Gesundheit dort zu sehen und zu suchen, wo, wie Erscheinungen nun auch äußerlich anmuten, wie sie eigentlich pathologischen ähnlich sehen, durch sie etwas für die weitere seelische Leistungsfähigkeit, Gleichgewichtserhaltung, Einheitlichkeit, ja für das Fortleben überhaupt Nötiges erreicht wird. Es erzeugen sich dem Lebenden immer Spannungen und werden entladen, es entstehen Störungen, die überwunden werden. Wo Erregung aufgetreten ist, wird Beruhigung erstrebt, jeder Anspannung folgt eine gewisse Erschöpfung, einem zerstreuenden Vorgang ein sammelnder, jeder Ausweitung eine Zusammenziehung usf. Es wird hier bei Bemerkungen bleiben. Etwas Ganzes zu geben fühle ich mich nicht fähig, aber es kann sich allen diesen Problemen gegenüber immer nur darum handeln, daß man versucht, wieweit etwa von einer bestimmten Voraussetzung aus zu kommen ist, immer auch für den Begabtesten, der in sich eine Anschauung zu erzeugen und auch genügend folgerichtig zu denken vermag, um einen Versuch mit letzthin doch so zu sagen untauglichen Mitteln. Aber eine Standpunktnahme ist nötig. Von irgend etwas müssen wir ausgehen, und dann muß sich eben erweisen, was gewinnbar ist, was plausibel wird, mehr oder minder einleuchtend. Wer ganz sicher gehen will, wird überhaupt zu nichts kommen. Ein Gewisses muß gewagt werden, auch im Ausdruck gewagt werden, daß man die Dinge zu sagen versucht, so gut wie es gehen will, in dem Vertrauen, daß einen ein richtiges Grundgefühl leite. Ein exaktes Vorgehen ist eben nicht möglich der Natur aller dieser Probleme nach. Man kann die Psyche nur als ein System zielmäßig gerichteter Kräfte nehmen, in welchem System nun allerhand Schwankungen und Störungen möglich sind, ja ohne welche es niemals abgehen kann. Diese Störungen stellen sich uns dar als Erregung, als Dissoziation, als Hemmung, als vom Mittelpunkt Fortstrebendes und wieder Zurückkehrendes, als ein Auseinandergehen und sich wieder Zusammenschließen, als Verlust und Wiedergewinn der Einheit des Ganzen; und das Ziel ist Gesundheit im Sinne der Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Systems. All dies Gesagte mag vag genug scheinen, ist alles Bild. Aber wir vermögen eben nicht anders als im Bilde zu sprechen von diesen Dingen, so gut wie der Physiker und Chemiker am Ende auch in Bildern spricht, so daß der Hygieniker *Graßberger* in einer kleinen Schrift: „Der Einfluß der Ermüdung auf die Produktion in Kunst und Wissenschaft“ (1912) sogar die großen Physiker und Chemiker Mystiker nennt. Sagte ich vorhin, das Ziel sei die Erhaltung der Leistungs-

fähigkeit des Systems, so ist es wohl noch besser, zu sagen: die Erhaltung eben dessen, was uns Seele ist, als System, indem, wenn einmal gewisse starke Störungen von Ausfallcharakter gegeben sind, dasjenige, was uns Seele ist, mehr oder minder nicht mehr besteht und damit dann eben ganz entschiedene Krankheit, Geistesstörung. Das Nicht-mehr-Funktionieren des körperlichen Systems gibt Tod. Wir werden aber doch wohl etwas wie einen „seelischen Tod" anerkennen müssen, zu dem es unter Bedingungen, bei denen das Leben noch fortbesteht, doch schon kommen kann, wie wir denn ja auch unwillkürlich gelegentlich so sprechen, wenn das, was uns Seele, Geist ist, verloren ist, wenn keinerlei derartige Wirkungen von einem Menschen mehr ausgehen, keine nennenswerte Aktivität mehr besteht. Wo ich hinauswill, mag später noch etwas klarer werden. Zu einer teleologischen Betrachtungsweise und auch Fassung der Begriffe Krank und Gesund drängt doch schon seit langem vieles in unserer psychopathologischen und auch (*William Stern*) der psychologischen Literatur. Ich habe in meiner eigenen früheren (Grenzfr. d. Nerv.- u. Seelenl. Heft 80), von *Birnbaum* durch die Reichhaltigkeit des Stoffes weit überholten Materialsammlung, als was *Jaspers* diese meine Arbeit in seinem Referat darüber wesentlich nur gelten lassen wollte, in bezug auf einige, eben die produktiven Prozesse als mehr oder weniger pathologisch oder abartig verdächtigte seelische Vorgänge eine andere Stellung eingenommen, habe damals, womit ich denn doch in jener Arbeit nicht ganz Belangloses gesagt zu haben glaube, versucht, einiges, wie *Birnbaum* sich ausdrückt, über „die produktiven Erregungsphasen und ihre Scheinperiodizität" auszusprechen mit der Absicht, zu erweisen, daß gewisse auffällige und eigenartige seelische Verfassungen beim geistig Schaffenden, Schöpferischen, nicht einfach als pathologisch zu werten, nicht pathologischen Erregungsphasen einfach gleichzusetzen, sondern von ihnen wesensverschieden sind. Worauf es mir damals ankam, ist, daß nicht jede Phase, die hypomanisch oder ähnlich anmutet ihren Erscheinungen nach, nun immer und glatt auch eine Hypomanie, ein Teilabschnitt eines manisch-depressiven Irreseins oder ähnliches ist. Mir scheint, man geht zu weit, wenn man daraus, daß ein Schaffender bald produktiv ist, bald nicht, daraus, daß ein solcher Wechsel gerade bei Dichtern häufig in Erscheinung tritt bzw. bei ihnen beobachtet wurde, den Schluß zieht, wie das geschehen ist (von *Möbius* in Beziehung auf *Goethe* wenigstens in gewisser Weise, aber auch sonst mehrfach), jeder Dichter sei ein Manisch-Depressiver. Natürlich kann er das wie ein



Hysteriker, Schizophrener usw. immer sein und jeder andere Produktive auch. Nur, wenn wir dies erweisen wollen, müssen wir uns auf mehr stützen als allein darauf, daß er „periodisch" schafft oder sich auch wie *Goethe* verliebt bzw. „periodisch" zugleich verliebt und besonders produktiv ist. Dieser Wechsel zwischen produktiven Zeiten und unproduktiven bzw. offensichtlich werkschaffenden und latent produktiven, mehr nur aufnehmenden Phasen liegt in der Natur der Sache an sich, in der Unmöglichkeit, ständig ausgebend, werkschaffend produktiv zu sein. Es kommt nicht (oder nicht nur) auf das Konstitutionelle, die manisch-depressive Veranlagung oder ähnliche, auf das in dieser Art Endogene, sondern auf die Begabungs-, die Schaffenseigenart des Betreffenden an. Indem ich beim Dichter bleibe, es kommt darauf an, ob ein solcher sich ständig in kleinen Werken oder Werken einer Art ausgibt, welche sich immer schaffen lassen, welche nicht eine starke Spannung — schildern, beschreiben kann man immer, nicht aber gestalten — und ein entsprechendes Erlebthaben, eine tiefere Bearbeitung im Geiste, voraussetzen oder ob dies alles eben für eine neue Konzeption und ein neues Werk Voraussetzung ist. Es kann sich jemand, um die Sache anders zu illustrieren, alle paar Wochen verlieben (auch ein produktiver Akt, wobei es zu einer eigenartigen und nicht alltäglichen Verfassung kommt), aber er kann sich, einmal leidenschaftlicher, ernster, tiefer verliebt, was uns an sich doch nichts Pathologisches sein kann, dann nicht sofort aufs neue verlieben. Zu einer nennenswerten Liebe gehört Dauer. Sie schließt ihrem Wesen nach eine neue Liebe aus, und der einer ernsten Liebe Unfähige ist so wenig notwendig normal, wie der ernster Liebe Fähige unnormal, pathologisch ist. Wir haben hier individuelle Unterschiede, die uns in bezug auf die Frage nach normal und nicht normal als neutral gelten müssen, so sehr uns nicht Leidenschaft an sich, aber eine gewisse Art von Leidenschaftlichkeit pathologisch sein wird. Diese Dauer von etwas einmal seelisch Gewordenem ist zu beachten. Was zunächst weiter geschieht, hängt eben von demjenigen ab, was bereits einmal geworden ist, so daß es erst zu einer nennenswerten neuen Liebe kommen kann, wenn die erste sozusagen abgelaufen ist. Welches Material, das etwa ähnlich interessant wäre wie das von *Birnbaum* beigebrachte, ließe sich nicht sammeln aus den Liebesbriefen auch der unbekannt Bleibenden, derjenigen, von denen niemand redet, von denen wir im allgemeinen nichts erfahren. Es kann auf Liebe nicht Liebe folgen, sondern im allgemeinen wird man erwarten können, daß zwischen nennenswerten Verliebtheiten sich



ı Zwischenraum findet, eine Zeit der Ruhe, des Freiseins. Und
nlich steht es nun in bezug auf Erregungsphasen eigentlich schöpfe-
cher Natur. Sehen wir auf die Sache an sich, sehen von Einflüssen
s anderer Quelle ab, aus etwaigen endogenen förderlichen oder
mmenden Stimmungsschwankungen, und dies müssen wir, wenn
r zu einiger Klarheit gelangen wollen, so erlebt der Schaffende dies
d das, hat diese und jene Eindrücke, macht Beobachtungen. Je
ehr er nun, was er aufnimmt, nicht unmittelbar produktiv umsetzt,
kleinen, flachen, unbedeutenden und also stets möglichen Kon-
ptionen und Werken kommt, sondern je mehr es in seiner geistigen
genart liegt und in der Eigenart dessen, was es ihn zu schaffen
ängt, daß er Anregungen, das von ihm Aufgenommene erst tief-
ündiger bearbeiten, sich geistig recht assimilieren muß, um so mehr
rd es erstens nur in längeren Zeiträumen zu nennenswert konzep-
ven Akten und ausarbeitend produktiven Erregungsphasen kommen,
mlich erst dann, wenn die nötige innere Spannung erreicht ist,
eitens aber ist auch zu erwarten, daß, weil es für ihn eine größere
ıere Spannung braucht, weil in solchem Fall eine lange ange-
mmelte Spannung zur Entladung kommt, um so klarer eine pro-
ktive Erregung in Erscheinung tritt, d. h. das Erscheinungsbild
bei, die seelische Verfassung, in der produziert wird, um so mehr
ıen eigenartigen Charakter gewinnt, uns pathologisch anmuten kann.
as in solchem Falle die seelische Verfassung als eigenartig erscheinen
ßt, als „holden Wahnsinn", ist die Hochstimmung, der maniforme
ıarakter, den die Stimmung gewinnt, die Art ferner, in der eine
che Erregung plötzlich ausbricht, sich von der seelischen Ver-
ssung vorher und nachher abhebt, sich rücksichtslos durchsetzt,
wangscharakter gewinnt, die Art sodann, in der der Schaffende
n dem in ihm Vorgehenden völlig in Anspruch genommen wird,
nerlich konzentriert, gegen Reize der Außenwelt abgesperrt ist, alle
ine geistigen Kräfte in den Dienst der einen zurzeit vorliegenden
ıfgabe treten. Dadurch kommt etwas zustande, das etwas Anfall-
tiges bekommt und an einen Dämmerzustand unter Umständen
mahnt. Es handelt sich bei dem allen aber um nichts weiteres als
n einen geistigen Geburtsakt, der ebenso wie eine körperliche
eburt unter besonderen, seiner Natur nach so notwendigen Erschei-
ıngen verläuft und mit Erreichung seines Zieles sein Ende findet.
inmal in Gang gekommen, muß ein produktiver Prozeß, hochgradig
r Willkür entzogen, ablaufen, hat somit an sich etwas Zwang-
ufiges. Er ist nicht willkürlich erzeugbar, weil er nur auf Grund be-



stimmter Voraussetzungen — als ein Abschluß — eintreten kann. Diese Voraussetzungen sind mannigfacher Art. Wenn *Grillparzer* (*Birnbaum* S. 99, 106) seine „Ahnfrau" in einem derartigen Erregungszustand schrieb, brauchte es, damit dieser Schaffensprozeß recht glücken konnte, mit diesem Ergebnis ungestört ablaufen, alle die vorhergegangenen Bemühungen des Dichters um die dramatische Form. Es brauchte also ein Lernen, eine Einübung; denn, wenn sich die Dinge nicht fügten, ergab sich notwendig bei einem Schaffenden, der mit Kritik, mit Einstellung auf eine bestimmte Art von Werk schaffte, Störungen des „unbewußten" Entstehens. Es ist zu betonen, daß der „Ahnfrau" andere dramatische Versuche vorangingen, daß aber *Grillparzer* über ähnliche Erfahrungen bei Entstehung dieser Vorwerke nicht berichtet. *Grillparzer* war damals eben zuerst so weit, ein derartiges Werk schaffen zu können, wie der Dichter, älter, dann wieder (d. h. im allgemeinen jeder Dichter) nicht mehr so „unbewußt", sondern bewußter, überlegter, ruhiger schafft, nicht leicht auch beim Schaffen mehr so „hingenommen", so „außer sich" ist (worüber der ältere *Grillparzer* geradezu klagt), einfach, weil er nicht mehr so jung, so affektiv ist. Die Werke des älteren Dichters zeigen deshalb auch wieder ein anderes Gesicht, was auch gegen das Manisch-Depressive und Pathologische spricht. Damit soll natürlich das Pathologische in *Grillparzer*s Eigenart an sich nicht bestritten werden. Schon *Walter Jacobi* (Das Zwangsmäßige im dichterischen Schaffen Goethes) hat im Anschluß an meine Ausführungen ausgesprochen, Voraussetzung für ein unbewußtes Schaffen sei, daß das Technische keine Schwierigkeiten mache, daß das Erlebnis „den großen Filtrationsprozeß im Unbewußten" durchgemacht habe. Wenigstens entstehen sonst nur „wilde" Werke. Mag man das Pathologische beim Produktiven in der gesteigerten Erregbarkeit überhaupt grundlegend suchen, wenn man meint, irgendwie ein Maß dafür finden zu können, wann eine solche Erregbarkeit, Ansprechbarkeit für Eindrücke und ihre produktive Verarbeitung, Interesse für Probleme, gesteigerte Geistigkeit überhaupt beginnt pathologisch wertbar zu werden, was ich für unmöglich halte. *W. Stern* (Die menschliche Persönlichkeit) scheidet konservative und produktive Selbstentfaltung, Auto- und Heterotelie. „Strebt nun aber die Selbstentfaltung einem überhaupt noch nicht realisiertem Ziel entgegen, so ist sie „produktiv". Was vermag daran an sich pathologisch zu sein? *Stern* sagt, es könne im Gesamtleben einer Persönlichkeit der Anteil des schöpferischen Selbstentfaltungszieles in der Wechselwirkung und im Wettkampf mit den



andern Zielen sehr verschieden ausgeprägt sein; dem Herden- und Gattungsmenschen mit starker Mneme, dem weltgewandten mit starker Anpassung stehe hier der geniale Mensch mit starker produktiver Selbstentfaltung gegenüber. Und weiter: „Das neue Einzigartige, das der geniale Mensch kraft seiner Selbtsentfaltung anstrebt, ist nicht seine bloße Originalität, nicht schrankenlos-subjektive Selbstherrlichkeit, sondern es ist das, was von der Selbstentfaltung der Menschheit gefordert wird, ein Schritt zur Verwirklichung der Ideale, eine Schöpfung objektiver Werte." Aber, betont *Stern*, was beim Genialen stark hervortritt, gelte im Kleinen doch für jede menschliche Persönlichkeit. Jeder Mensch ist produktiv, ist autotel und heterotel, auch der „Ergriffenheit" fähig, hat seine Geistigkeit, hat Interesse nicht nur für nächst Eigenes, sondern auch Fremdes, ist „ausgreifend". Wie nun ein Ausgreifen gewisser Art pathologisch beförderbar ist, pathologisch bedingt sein kann (Interesse junger Schizophrener für Fernliegendes), an sich liegt die produktive Selbstentfaltung doch in der Natur des Menschen. Rein krankhafte Ideen sind vom Gesunden nicht aufnehmbar. Nur mit seinem noch gesunden Anteil kann der Kranke auf andere wirken.

Wenn es also schon bei einem Menschen zeitweise zu eigenartigen Erscheinungen kommt, darf man allein darauf nicht abstellen. Dazu kommt nun aber noch, daß derartige psychopathologische Dokumente wie ein Teil derjenigen bei *Birnbaum* von Menschen stammen, die über sich oder andere über sie berichtet haben, während solche Berichte über den Durchschnittsmenschen nicht vorliegen. So fragt es sich, wenn nun die Produktiven als pathologischer erscheinen, ob bei jedem Menschen, wenn man ihn entsprechend unter die Lupe nähme, sich nicht auch ähnliches fände, ob also diese „abwegigen" Dinge wirklich abwegig, selten sind. Dieser Hinweis mindert natürlich den Wert des von *Birnbaum* Gebrachten keineswegs; denn jedes Wissen von dem, was ist, ist uns wertvoll. Dagegen ist zu fragen, ob es das, was man als den Gegensatz zum Abwegigen annimmt, überhaupt gibt, den Gegensatz zu dem „unbewußten" produktiven Schaffen. Kommt nicht jeder Entschluß jedes Menschen auch spontan, wo es sich um irgendwie Wesentliches handelt, ist nicht jeder verliebt und dann auch in eigenartiger Verfassung? Was geht denn überhaupt so bewußt, so unabwegig, so ohne Erregung vor sich, wo wird so Schritt vor Schritt ohne eigenartige Gedankenverknüpfungen gedacht usw.? Machen wir uns eigentlich von dem, was uns für normal gilt, eine bestimmte Vorstellung? Oder ist dieser Gegensatz

des Normalen dem Abwegigen gegenüber nicht doch nur eine Fiktion!
Kann sich irgendein geistiger Vorgang in jenem Idealsinne des Nor
malen bewußt, absichtlich, willkürlich, gradlinig vollziehen? Jede
Mensch hat Eindrücke, und sie verarbeiten sich in ihm, und er steh
stets vor Ergebnissen, die ihm werden, die er nicht willkürlich schaffe
kann. Alles Eingeübte geschieht „unbewußt“. Und wenn der Dichte
an den Phantasten grenzt (Beispiele bei *Birnbaum*, *Delbrück*), wa
kann uns dabei in Erstaunen setzen? Der wirkliche Dichter hat sein
Phantasie im Zügel. Phantasie zu haben ist für ihn Voraussetzun
wie, oft schon betont, für den Forscher auch. Und so entscheide
immer erst das Miteinander, das etwaige Mißverhältnis. De
Mathematiker *Gauß* berichtet über die produktive Erregung bei sic
nicht wesentlich anders als *Grillparzer*. *Newton* kam seine Entdeckun
des Gravitationsgesetzes „in großer Erregung“ nach jahrelanger, die
Erlebnis ermöglichender Vorarbeit. Wer wird hier eine Manie suchen
eine Schizophrenie oder dergleichen? Oder, wenn so etwas, wie be
Robert Julius Mayer, schon vorliegt, warum denn auf das Fördernd
von pathologischer Erregung abstellen, warum das Hemmende de
pressiver Phasen vernachlässigen? Was mir zu konstatieren möglic
scheint, ist, indem es sonst auf die Begabung, Geisteskraft an
kommt, welche mit jeder konstitutionellen Veranlagung verbunde
sein kann, daß Werke des Dichters und dem Dichter naheliegende
Schaffenden (auch der Historiker ist doch eine Art von Dichter usw.)
ihre Eigenartigkeit durch ein pathologisches Moment gewinne
können, so den Charakter des stark Traumhaften, Visionären usw
erhalten, indem der betreffende Schaffende eben subjektiv-eigenartig
erlebt, womit ich natürlich nichts Neues sage, und in dieser Weis
auch ein vorher nicht als bedeutsam produktiv erscheinender Mensch
durch einen sich entwickelnden pathologischen Prozeß es werden kann
indem er nun erst etwas Eigenes, Abstechendes, wie immer auch
stärker Eindruck Machendes zu sagen hat. Entsprechend kann
natürlich auch krankhafte Veranlagung bedeutsam sein. In den ge
druckten Gedichtbänden eines Schizophrenen, welche von der literari
schen Kritik ernsthaft besprochen wurden, ist in den späteren di
Ichstörung (Verlust und Wiedergewinn des Ich) das ausschließlich
Thema in seltener Reinkultur und gibt den Gedichten eine Eigenart
Dieser Dichter kam so durch seine Psychose zu einem besonderen Er
lebnis, das ihn ganz erfüllt. Seien hier zwei dieser Gedichte gegeben
der Raumersparnis wegen die Verse fortlaufend geschrieben.



Sphinx. Kaum trat ich den Morgen an, Kaum war ich des Tages munter, Dämmert schon die Nacht heran, Geht die blaue (!) Sonne unter. Ach, das Sein ist Dunst und Schein, Jedes Hohe muß verfallen, Klagend singen den Verfall Nachts im Hain die Nachtigallen. Schau in die Vergangenheit, Schaudernd siehst du Leichenrippen, Wie ein Hauch der Sterblichkeit Schwebt es blaß auf aller Lippen. Musenjüngling, ein Phantom, Mußt du weichen den Geschicken, Schrecklich ist's am Lethestrom In die grause Flut zu blicken. Ach, umsonst rufst du: bezwing's! Schrecklich ist's, in Nacht und Grauen An dem Bug der Lebenssphinx In das eigne Ich zu schauen. — Einsam in das Schattenmeer Starr' ich, in die Rätselwogen, Wie ein Wehruf rauscht es her Von des Himmels hohem Bogen. Ach, der Tag ist noch so weit — Unheilhafte Winde wehen, In dem Strom der Dunkelheit Meine Seufzer untergehen. — Ichheitlosigkeit. Das Bedenklichste des Menschen Ist die Ichheitlosigkeit, Diese dämmerhafte Kenntnis Unserer Beschaffenheit. Jede Hoffnung ist entflohen, Deine Stirne, die du wölbst (!), Ist nicht mehr das wahre Bildnis, Abbild deines hohen Selbst. Es entschwand dir jeder Glaube An die Selbstbeseligung, Und so sinkst du, Irrlichtwesen, In das Nichts der Dämmerung. — Ja, das Höchste, was befriedigt, Diese eine Wissenschaft Ist der Glaube an sich selber, An sein Selbst, die eigne Kraft.

Hier ist das Gefühl des Bedrohtseins durch die Psychose wirkungsvoll, wenigstens für den Psychiater, zum Ausdruck gebracht. Man vergleiche, was *Birnbaum* über *Hölderlin* sagt, Gedichte mit einem pathologisch bedingten Wertzuwachs seien Ausnahmen. Sie können natürlich nur bei einem schizophrenen Dichter zustande kommen, aber, wenn „Schicksal" schon bei dem noch und immer doch nur relativ gesunden *Hölderlin* eine solche Rolle spielte, war nicht ein Vorgefühl des ihn Bedrohenden etwa auch bei ihm und gab seinen Versen diese Steigerung, das „Erlebte", einen Teil der Eigenart? Zum Dichter braucht es Ausdrucksbegabung, Sprachbegabung, aber Steigerung des Affekts bringt auch schon (Liebesbriefe!) „Sprachbegabung" mit sich; insofern ist also auch Begabung und pathologisch Bedingtes nicht leicht reinlich zu scheiden. Wo Hemmungen fallen, ist auch schon immer in gewisser Weise mehr da, aber was eine Hypomanie und dergleichen auch bewirken kann, es muß immer schon etwas Steigerbares vorhanden gewesen sein, sei es nun kritisches Denken, Spürsinn für entsprechende Tatsachen und Zusammenhänge beim Forscher, sei es dasjenige, was die musikalische und mathematische Begabung ausmacht, sei es beim Dichter, der nicht durch subjektive Selbstherrlichkeit vorwiegend wirkt, das ihm Zukommende. Sinn für seelische Zusammenhänge, Gefühl für seelische **Dynamik** (das „Wahre" eines lyrischen Gedichts liegt schon im Rhythmus, jedes echte Drama hat seinen eigenen Rhythmus), Einfühlungsfähig-



keit, „richtige Empfindung“, wie *Grillparzer* sagt, so daß der Dichter seelisch Wirkliches erfaßt, das Geheime des Lebens, Gestalten schafft, die uns als wahr erscheinen, eben vor allem wahr in ihrer Dynamik, die sich eben nicht „errechnen“ läßt, Gestalten, die einheitlich und vielfältig sind, „geschaut“, „erfühlt“ sind, ihren eigenen Rhythmus haben. In dieser Art ist der Dichter vor allem „Psycholog“, und all solches läßt sich nur fühlen, entsteht in einem Geiste „unbewußt“, ohne daß der Betreffende im ganzen und großen weiß, woher er es hat, was aber bei jeder wirklichen Produktivität im Grunde nicht anders.

Auch in bezug auf eine solche Einfühlungsfähigkeit und ein Ausgreifen über sich hinaus läßt sich ja nun fragen (*Birnbaum*, Kap. V: Abirrungen des Persönlichkeitsbewußtseins), ob sie nicht pathologisch steigerbar ist, wie das mystische und pantheistische Verschmelzungserlebnis zweifellos in seinen stärkeren Graden mehr oder minder pathologische Voraussetzungen hat, obwohl alles auch fraglos pathologische Erleben immer auf der allgemeinen Menschennatur fußt, derartige Lösungen oder Lockerungen des Ich immer auch normalerweise in gewissem Maße bei jedem möglich sind, der über die genügende Geistigkeit verfügt. So wird uns immer erst pathologisch oder abwegig, was eine gewisse, aber nicht exakt bestimmbare Grenze überschreitet. Dennoch bleibt ein Rest, der nicht pathologisch sein kann, der Begabung sein muß. Die Menschheitsgeschichte läßt uns an eine fortschreitende seelische Differenzierung, Höherentwicklung glauben. Indem nun der Mensch geistig fähiger wird, tritt manches klarer und deutlicher in Erscheinung, sind damit an sich schon besondere seelische Verfassungen gegeben und vor allem bei Individuen, die uns als begabt gelten, welche im ganzen oder in irgendeiner Richtung (Partialgenies) an der Spitze marschieren. Was immer uns an einem Menschen pathologisch sein kann, so doch nicht eine gesteigerte Geisteskraft im ganzen, das Umfassende einer genialen Persönlichkeit wie *Goethe*, *Lionardo da Vinci*, *Kant* usw. Alles Rechte, Bedeutende wird intuitiv gefunden, und darin können wir an sich nichts Pathologisches sehen. Wer dies wollte, die Existenz des Genies bestreiten, führte sich selbst ad absurdum, wie *Jaspers* sagt, daß am Ende der Normale uns der „mäßig Schwachsinnige“ wäre. Bei so manchem, was *Birnbaum* bringt, scheint es mir nun, daß es sich um Erscheinungen handelt, wie sie bei einem intuitiven Erfassen notwendig auftreten müssen. Ist das so, und nehmen wir dazu, daß jeder Mensch intuitiv erfaßt, so muß es auch bei jedem Menschen zu entsprechenden Erscheinun-



gen kommen, werden uns diese gar nicht so abwegig sein können, nur daß sie beim „Durchschnittsmenschen" wenig beachtet werden. Jeder hat sie entsprechend dem Maß seiner Geistigkeit, seiner Produktivität. Produktive Phasen habe ich schon als geistige Geburtsakte bezeichnet (daß es auch pathologisch-produktive Phasen gibt, ist natürlich fraglos) und habe die dabei auftretenden Erscheinungen als zum Wesen des Vorgangs, wenn er glücken soll, gehörig bezeichnet. Sie dürfen unser besonderes Interesse ebenso wie die pathologisch-reaktiven Phasen in Anspruch nehmen schon durch ihre gewisse Selbständigkeit. Sie enden, wenn das Ziel erreicht ist. Reaktive Phasen laufen nur aus; in ihnen kann nichts eigentlich geschaffen werden, weil in ihnen die Störungen zu überwiegend sind, das seelische Gefüge zu stark gelockert, obwohl auch, wo es zur Wahnbildung, also einer exquisit pathologischen Produktivität kommt und auch unter „motivierter" seelischer Erregung, in gewisser Art ein Ziel erreicht, ein neuer Gleichgewichtszustand, wie er unter obwaltenden Bedingungen noch möglich ist, Beruhigung geschaffen wird, ein neuer Halt gewonnen. Aber diese Ruhe ist, da die psychotische Erregung, d. h. die Erregung nicht eigentlich seelischer Herkunft, sondern die durch den Krankheitsprozeß so geschaffene, wie Alkohol usw., Erregung schafft, fortbesteht, für uns keine Ruhe, und ein Wahnsystem pflegt sich ins Bewußtsein einzuschleichen, nicht so eines Schlages wie ein Werk (so daß die Möglichkeit der Datumsangabe wie bei *Gauß*, *Newton*, bei Dichtern besteht) konzipiert zu werden. Sonst ist natürlich auch ein Wahnsystem eine Schöpfung und hat für den Kranken eine Funktion. Es ist auch ihm etwas in der Art, wie ihm etwas klar werden kann, wie ihm eine Erleuchtung kommen kann, klar geworden und so ein gewisser Fixpunkt gewonnen, nur daß alles, was ihn beunruhigt, quält, doch fortbesteht, der Gewinn also kein rechter Gewinn ist. In der Mitte zwischen gesundproduktiven und rein pathologischen Phasen liegen hier wohl gewisse religiöse Erweckungserlebnisse und ähnliches mit stark pathologischem Einschlag, wobei es doch aber zu einem Gewinn kommt, wie ich über Beobachtungen bei einem solchen Fall verfüge, der nur aus verschiedenen Gründen schwer darstellbar ist.[1]

[1] Es wurde in einer Krise, nachdem es bei dem sonst stark moralisch eingestellten, zur Moralisierung anderer sehr geneigten Individuum zu einem Ehebruch und Schwängerung eines Mädchens gekommen, was dem Betreffenden seine Umgebung wie er nach seiner Art sich selbst stark zum Vorwurf machte, Gott erlebt mit der Hinzufügung, daß diese Schwängerung auf Gottes Befehl erfolgt sei, wurden an das Kind Messiasgedanken



geknüpft, alles in einem besonderen Licht gesehen bis zu einer gewissen wahnhaften und doch wieder die Grenze wahrenden Identifikation des dies alles Erlebenden mit Christus hin, und so war der Betreffende gegen moralischen Tadel gedeckt. Alles war nach Gottes Willen geschehen, blieb mehr oder minder so, so lange das Individuum es brauchte, flammte stets auf, wenn es wieder nötig wurde, und war auch im wesentlichen wieder fort, als die erste Ehe geschieden, jenes Mädchen geheiratet war und das Ganze der Vergangenheit angehörte. Ein Gewisses (Gottgläubigkeit, vorher Atheismus) blieb, aber ohne Ekstase, ohne eigentliche große Wichtigkeit, nachdem Gott seinen Dienst getan hatte. Er wurde in Ruhestellung versetzt, blieb aber in deutlichster Weise verfügbar, so daß stets auf ihn, auf die Deckung durch ihn zurückgegriffen werden konnte, wenn (der Betreffende war in öffentlicher Stellung, selbst eine stark polemische Natur) Angriffe kamen und zurückzuschlagen waren. Auf dem Gebiet des Metaphysischen, Übersinnlichen ist solches möglich, „Wahn", der doch noch kein Wahn ist, der handlich bleibt, je nach der Sachlage verwendungsfähig, Einstellungen, die ihre Funktion haben, bald kaum vorhanden sind, bald nach Bedürfnis stark betont werden. Das Pathologische wird hier deutlich durch die subjektive, unbedenkliche Art, wie das Individuum Gott etwas befehlen läßt, was Gott nach der Allgemeinvorstellung von Gott nicht befehlen kann, eben einen Ehebruch. Wäre es ein Mord, erschiene das Individuum natürlich noch mehr pathologisch. Das Ganze ist für mich, indem deprimierende Erlebnisse bestimmter Art (also bevor es zu jener Schwängerung kam) vorhergingen, eine reaktive Phase depressiv-exaltativer Art mit einem pathologisch gefärbten produktiven Akt darin (Erweckungserlebnis, vom Erlebenden selbst so gewertet, indem er darauf hinwies, daß man derartiges erlebt haben müsse, um recht zu wissen, daß es solches gebe: Gott habe sich ihm geoffenbart), welcher produktive Akt dann etwas schuf, das dem Erlebenden durch diese Krise, welche durch die Schwängerung bedeutend verschärft worden war, durchhalf, so daß das Zweckmäßige des ganzen „Verfahrens", die Funktion dieser neu gewonnenen Bewußtseinsinhalte sehr deutlich in Erscheinung trat, wie das „Wahnerlebnis" hier nutzbringend war. Wo die Dinge nicht auf einer gewissen Grenze bleiben, es zu einer eigentlichen Psychose, zu einer stärkeren Lockerung des psychischen Gefüges, eigentlicher Dissoziation und nicht nur zu einer zwar deutlich depressiven und exaltativen Erregung kommt, die zwar über das Normale hinausgeht, nicht aber die seelische Einheitlichkeit und Kontinuität aufhebt, tritt die Funktion von neuen Bewußtseinsinhalten nicht mehr so klar und deutlich in Erscheinung, wird der Gewinn auf jeden Fall nicht so nachweisbar. Es ließe sich für meinen Fall nun noch zeigen, daß der neue Glaube an Gott, an ein höheres Prinzip in der Welt erstens vorbereitet war, zweitens außer dieser eng persönlichen Deckungsfunktion noch eine weitere hatte, nämlich es dem Individuum besser zu ermöglichen nach Enttäuschungen, welche es am realen Menschen erlebt hatte, nun nicht Skeptiker, Zyniker zu werden, sondern Idealist bleiben zu können. Aber dazu müßte ich eine eigentliche Lebensbeschreibung des Betreffenden geben. Ich muß mich hier mit dem Skelett des Falles begnügen.



Wenn ich vorhin von einer gesteigerten Geisteskraft im ganzen sprach, so mag man fragen, was darunter zu verstehen. Ich meine nun, dem Durchschnittlichen entspreche auch immer das Dasein eines Unter- und Überdurchschnittlichen teilhaft, in bestimmter Richtung oder im ganzen, also, stellen wir auf die an sich doch aus gesunder Quelle entspringende seelische Aktivität ab, ein Geistesleben auf niederer oder höherer Aktstufe. Nehmen wir das Genie nun als von einer physisch-psychischen Beschaffenheit, welche die höchste seelische Aktivität möglich macht, ein starkes Geistesleben (Geisteskraft), so müssen wir besondere, nur diesen Menschen eigene Erscheinungen erwarten bzw. Vorgänge, welche uns schon eigenartig, abwegig vorkommen können, an die wir jedoch nicht nur unsern gewohnten Maßstab anlegen dürfen. Vollzieht sich bei einem Menschen alles auf höherer Aktstufe, so werden eben alle Erscheinungen bzw. Vorgänge vergrößert, gesteigert, bekommen wir ein eigenartiges Erscheinungsbild. Auch, was wir etwa als Störungen zu werten versucht sein werden, wird gesteigert und dadurch, an wirkliche, an pathologisch bedingte Störungen gemahnend, klarer und deutlicher hervortreten. Es sind dies jedoch keine wirklichen Störungen, wenn der seelische Gleichgewichtszustand bzw. die seelische Einheitlichkeit doch immer wieder gewonnen wird, die geistige Leistungsfähigkeit gewahrt bleibt. Es handelt sich eben nur um „Störungen", wie sie bei jedem Menschen stets auftreten und sich auch wieder ausgleichen, nur daß sie hier vergrößert, auffällig in Erscheinung treten, auch viel mehr beachtet werden, von diesen Individuen selbst oder von andern in bezug auf sie berichtet wird. Quod non est in actis, non est in mundo, kann man auch hier, vom „Durchschnittsmenschen", vom Unproduktiven, Unberühmten sagen. Auf jeden Fall müssen wir doch, wenn wir einen Vorgang auf eine Art auffassen, erklären, verstehen wollen, die Gegenprobe machen, versuchen, ob er auf andere Art nicht ebenso einleuchtend verständlich wird. Geht man von der von mir gemachten und doch wohl kaum anfechtbaren Voraussetzung aus, so folgt daraus, daß wir beim Hochbegabten, Geisteskräftigen Erscheinungen und seelisches Geschehen anders in bezug auf krank und gesund, allgemein oder abartig zu beurteilen haben, daß in jedem Einzelfalle erst zu untersuchen ist, ob wir bestimmte Vorgänge in der gewöhnlichen Art werten dürfen, oder ob hier ein anderer Maßstab anzulegen, eben dem Fall Genie Rechnung zu tragen ist. Was sich ähnlich sieht, ist nicht notwendig gleichen Wesens, was gleich scheint bei oberflächlicher Betrachtung, kann sich bei tieferem Eindringen

als wesensverschieden erweisen. Für die oberflächliche Beobachtung hat der produktiv erregte Dichter etwas vom Wahnsinnigen und jeder andere Inspirierte, Begeisterte für den nüchternen, aber deshalb noch nicht notwendig gesunderen Durchschnittsmenschen ebenso. Hier habe ich ursprünglich angesetzt, besonders durch *Möbius*' Ausführungen über *Goethe* gereizt, von denen aus dann selbst in Lehrbücher schon Sätze wie: die meisten Dichter seien Manisch-Depressive (andrerseits hat Dubois vom „hysteriformen Temperament" der meisten Künstler gesprochen, andere den Dichter generell für einen Neurotiker erklärt usw.), übergegangen sind. Mathematiker hat man in dieser Weise bisher nicht untersucht, Chirurgen und andere. Ich getraute mich jedoch, aus *Billroths* Briefen allerhand auszuziehen, wonach man auch ihn als eine sehr labile, sensitive usw. Natur hinstellen könnte. Diese Leute schwatzen nur nicht so viel aus wie die Dichter, halten sich besser in Deckung, man interessiert sich für ihr Persönliches nicht so sehr. Daß in der Literatur, bildender Kunst, Musik, am Theater viel mitläuft an Labilen, Unsteten, Psychasthenischen und Psychopathen, ist ganz eine Sache für sich. Es kommt eben nicht auf die Mitläufer an, es ist gewiß nicht jeder Literat in dem Sinne, wie ich den Begriff hier nehme, ein Genie, ein nennenswert produktiver Mensch, so wenig wie jeder, der wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht, im eigentlichen Sinne schöpferisch ist. Erstens ist dies auseinanderzuhalten, zweitens ist fraglos, daß auch ein mehr oder minder wirklich Produktiver krankhaft veranlagt sein kann und, wenn er dichtet, durch Eigenart der Werke auch hervorstechen kann, wenn er auch Bedeutenderes, Tieferes, Allgemeingültiges, objektive Werte nicht zu geben vermag. Diese Scheidung: Wirkung durch bloße Eigenart, welche pathologisch steigerbar ist, und Wirkung durch eigentlich geniale Leistungen, auch wieder im großen oder kleinen, umfassender oder begrenzter, scheint mir wichtig, wobei mir eigentliche Produktivität als nicht pathologisch beförderbar gilt. Diese aber vollzieht sich nun, auf welchem Gebiet immer die Begabung des Schaffenden liegt, stets auf die gleiche Weise unter den gleichen Erscheinungen, und, was *Birnbaum* in dieser Hinsicht an Dokumenten gibt, ist, mag es auf den ersten Blick (*Turgenjew* S. 103, *Schiller* S. 102, eine gute Schilderung *Kosegartens* in *Rahmer*: Aus d. Werkst. d. dram. Genies, Grenzfr. d. Lit. u. Med. 1906, usw.) auch sonderbar anmuten, aus dem Wesen produktiver Prozesse verständlich. Dieser an sich nicht pathologische Vorgang einer geistigen Geburt kann dann (*Birnbaum* S. 100) wie bei *Nietzsche*



eine pathologische Steigerung bzw. von dem, welcher ihn erlebt, eine krankhafte Auffassung erfahren: „Dies ist meine Erfahrung von Inspiration; ich zweifle nicht, daß man Jahrtausende zurückgehen muß, um jemanden zu finden, der mir sagen darf: Es ist auch die meine!" — Aber *Gauß*, als ihm die Lösung eines zahlentheoretischen Problems glückte, sagte auch:

„Endlich vor ein paar Tagen ist's gelungen — aber nicht meinem mühevollen Suchen, sondern bloß durch die Gnade Gottes, möchte ich sagen. Wie der Blitz einschlägt, hat sich das Rätsel gelöst, ich selbst wäre nicht imstande, den leitenden Faden zwischen dem, was ich vorher wußte, dem, womit ich die letzten Versuche gemacht hatte — und dem, wodurch es gelang, nachzuweisen."

Sollte nun bei solchen produktiven Individuen, bei denen die Möglichkeit einer solchen schöpferischen Erregung besteht, so manche Einzelerscheinung, welche uns auffällig wird, nicht in engstem Zusammenhang mit ihrer ganzen Wesensart stehen, welche Wesensart eben darin besteht, daß die seelische Aktivität bei ihnen eine im ganzen dauernd erhöhte ist, was natürlich gar nicht ausschließt, daß sie zeitweise (auch durch Erschöpfung) sinkt, selbst etwa unter die Norm sinkt, daß jede Störung teils stärker hervortritt, teils es auch leichter zu wirklichen Störungen kommt eben wegen der starken Beanspruchung der seelischen Kräfte besonders durch jene produktiven Phasen, in denen rücksichtslos Kräfte verausgabt werden. Nach *Möbius* fürchtete der Hausarzt des alten *Goethe* die produktiven Zeiten des Dichters, da sie meistens mit Krankheit abschlossen. So ist die produktive Kraft in einem Menschen auch wieder eines, seine Toleranz für die damit verbundene Anstrengung, Erschöpfung ein zweites. Es ist überhaupt eines, in welcher Art uns ein Mensch pathologisch (hysterisch, schizophren usw.) ist, und das bei ihm bestehende Quantum psychischer Kraft, psychischer Aktivität. Die gleichen pathologischen oder nicht pathologischen seelischen Vorgänge können sich auf höherer oder niederer Aktstufe vollziehen, und entsprechend bekommen wir verwaschene, uns wenig Eindruck machende Erscheinungsbilder, reaktive und produktive Vorgänge oder stark Eindruck machende, in allen Einzelheiten stark ausgebildete. Insofern könnte man sagen, sei es mit den qualitativen Diagnosen (Hysterie, Schizophrenie usw.) nie getan, sondern wäre immer eine s.z.s. quantitative und qualitative Diagnose zu machen, wie einem das ja auch stets nahe liegt. Wo es nur zu „Störungen ohne Zerstörung" (*Jaspers*) kommt, wird dies „quantitative" Moment nicht berührt. Mein Aktivi-

tätsbegriff ist natürlich ein etwas anderer als der *Berze*s, wenn er seine Hypophrenie auf eine primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität zurückführen will. Die hypophrene oder schizophrene Demenz hebt die psychische Aktivität nicht eigentlich, nicht notwendig auf, wohl aber organische Demenz. Diese schafft einen Kraftentzug, jene nur insofern, als sie das Zusammenwirken der psychischen Funktionen alteriert, schließlich aufhebt, wodurch dann freilich, indem wirkliche psychische Energie das Vorhandensein eines nicht alterierten Systems psychischer Kräfte voraussetzt, auch eine Kraftlosigkeit hervorgeht, obwohl im einzelnen noch manches möglich ist, ein reaktives und produktives Geschehen, ein Wechsel der seelischen Verfassungen, eine zeitweise seelische Leistungsfähigkeit, was alles bei organischer Demenz ausgeschlossen ist. Für jede produktive Leistung braucht es, indem sie ausgreifend ist, in gewissem Maße Luxus, über die konservative Selbstentfaltung, über die bloße nächste Selbsterhaltung hinausgehend (körperlich und seelisch allzu sehr geschwächt, hört der Mensch auf, produktiv zu sein), ein gewisses Maß seelischer Kraft, einen Überschuß (von *Hebbel* als einem guten Selbstbeobachter einmal betont), den eigentlich doch nur der, wenigstens in diesem dynamischen Sinne Gesunde haben kann. Wo es nun pathologisch bedingt zu einem solchen Ausgreifen kommt, ist das Individuum noch dynamisch gesund, verfügt noch über Kraft, wenn auch diese Produktivität, weil ihr die Zielmäßigkeit fehlt, nur eine wilde, ungeordnete sein kann. Im einzelnen freilich treffen wir auch noch beim Schizophrenen eine Produktivität ganz der gleichen Art, wie ich sie bei meinem Fall mit dem Erweckungserlebnis nachzuweisen suchte, d. h. kommt es zu Einstellungen, Auffassungen mit mehr oder minder Wahncharakter, die zweckmäßig sind, Halt gewähren, Beruhigung schaffen, nur daß es unter den obwaltenden Umständen bloß zu einem Teilgewinn kommen kann, nicht aber das Psychotischsein des Betreffenden dadurch aufgehoben werden kann. Ich habe früher schon darauf hingewiesen, daß auch der Kranke, körperlich geschwächt, aufhört, eigentlich pathologisch produktiv zu sein, ruhig, in gewissem Maße gesund wird (d. h. es treten sonst deutliche Krankheitserscheinungen zurück), offensichtlich aber, körperlich gesundend, Kraft gewinnend, auch wieder psychotisch wird. Alle diese Dinge, scheint mir, haben für unsere Vorstellungen von gesund und krank ihre Bedeutung.

Über die Beziehungen der Schachspielkunst zur Psychiatrie.

Von

Dr. **Wern. H. Becker,** Oberarzt an der Landesirrenanstalt
Herborn (Nassau).

Das Studium der Schachliteratur und insbesondere der Schachmeisterbiographien wirft manche interessanten Streiflichter auf psychiatrische Fragen. Ich habe deshalb vor kurzem erst eine kleine Monographie über *Paul Morphy* dem Druck übergeben. Im folgenden sei mir gestattet, auch andere Schachkoryphäen zur Vertiefung unserer irrenärztlichen Kenntnisse heranzuziehen.

Man hat häufig die Ansicht geltend gemacht, daß die Intelligenz mit Erreichung des 40. Lebensjahres nachlasse, daß der Höhepunkt geistigen Könnens dann überschritten sei, daß auch der Forscher sowohl wie der Künstler sich fortan nur noch in ausgefahrenen Geleisen bewege, usf. Von anderer Seite ist dazu geltend gemacht worden, daß doch *Blücher* erst im hohen Alter seine großen Taten vollbrachte, *Goethe* erst als Greis den zweiten Teil seines Faust geschrieben, *Ehrlich* erst wenige Jahre vor seinem Tode uns das Salvarsan geschenkt habe. Ja, sagen die andern, da liegen aber die wichtigen Vorarbeiten weitaus zurück in der Jugendzeit, wie auch unser allverehrter *Hindenburg* seine gewaltigen Russensiege einem früher getriebenen eingehenden Geländestudium zu verdanken hat. Wer die Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe im November 1913 mitgemacht hatte, wird sich hier noch lebhaft der Kontroverse *Hellpach-Hoche* erinnern.

Die Schachmeister zeigen uns aber mit erschreckender Deutlichkeit, daß diejenigen, die die ersten Anfänge der senilen „Demenz" (sit venia verbo!) etwa auf die Wende zwischen 4. und 5. Lebensjahrzehnt verlegen, doch Recht behalten.

Zwar bewegt sich auch der Schachmeister in altgewohnten Geleisen, und elegant, genievoll und bewundernswert erscheint das Spiel einer Koryphäe, die einem schwächeren Spieler gegenübersitzt. Aber wehe dem Inhaber von Lorbeerkränzen aus früheren Turnieren, wenn ein gleichgroßes, aber an Jahren jüngeres, dementsprechend elastischeres Schachgenie auf dem Plan erscheint! — Einer der größten deutschen Meister hat einmal das Wort geprägt, man dürfe den Schachruhm, den man gewonnen, nicht ins Glasschränkchen stellen, wenn er nicht seinen Wert verlieren solle. Und doch ist noch jeder ältere Meister unterlegen, wenn er dem Genie gegenüber saß, das an Jahren sein Sohn hätte sein können. Ein paar Daten und Ereignisse aus dem Schachleben mögen das dem Uneingeweihten beweisen.



Als der bedeutendste Schachmeister nicht nur Frankreichs, sondern auch ganz Europas galt bis in den Anfang der 40er Jahre des vorigen Jahrhunderts hinein der französische Offizier Pierre Charles Fournier de Saint-Amand, der sich übrigens auch als Soldat 1848 einen Namen gemacht hatte, da er als Kapitän der Nationalgarde die Tuilerien vor Brand und Plünderung rettete. Im Jahre 1843 trat er zweimal am Schachbrett dem englischen Meister Howard Staunton gegenüber, er 43- und Stanton 33 jährig, und wurde so eklatant geschlagen, daß er sich hinfort fast ganz vom Schachspiel zurückzog.

Sein britischer Gegner galt nun als der erste Schachspieler in Europa, bis er, 41 jährig, in dem 33 jährigen Breslauer Gymnasialprofessor Adolph Anderssen seinen Meister fand. Bei dem anläßlich der Weltausstellung zu London 1851 ausgeschriebenen Schachturnier besiegte Anderssen alle Teilnehmer einschließlich Staunton und galt von da ab unbestritten als Weltschachmeister. Aber schon erstand ihm in einer jüngeren Kraft der ebenbürtige Gegner. Der 1837 in New-Orleans geborene Rechtsbeflissene Paul Charles Morphy unternahm im Jahre 1858 eine Reise durch die Schachzentren Europas. In London wich Staunton ihm aus, mehrere dii minorum gentium wurden mühelos geschlagen. In Paris wurde der unbestrittene Vorkämpfer des Café de la Régence in den Sand gestreckt. In den Weihnachtsferien trat dann Anderssen auf den Plan und mußte mit nur 2 Gewinnpartien gegenüber 7 Verlustpartien (bei 2 Remispartien) seine Weltmeisterschaft an den 19 Jahre jüngeren Genius abtreten. Aber nun kommt die Tragik dieses ehemaligen Wunderknaben, der bereits mit 12 Jahren seinem Lehrmeister überlegen gewesen und ein Jahr später allgemein in Amerika anerkannter Schachmeister gewesen war: ganz allmählich bildet sich bei ihm eine Dementia praecox, anscheinend paranoides, heraus, der er, vereinsamt, abgeschlossen von der Außenwelt, ein schwer zufrieden zu stellender Pflegling von Mutter und Schwester, 1884 erlag.

Diese frühzeitige geistige Erkrankung hinderte, daß der alternde Meister mit jüngeren gleichwertigen Kräften sich zu messen Gelegenheit fand. Es ist eine Doktorfrage, ob der gleichaltrige Berufsspieler Wilhelm Steinitz aus Prag oder einer der jüngeren Koryphäen, zu denen wir unter anderem auch unseren Kollegen Dr. *S. Tarrasch* in München rechnen dürfen, auch so „spielend" immer wieder dem über die Höhe des Lebens hinweggeschrittenen Morphy hätten weichen müssen.

Steinitz begründete seinen Schachruhm durch einen erfolgreichen Match gegen Anderssen im Jahre 1866 und wurde, da Morphy bereits von der Bühne abgetreten, erster Weltschachmeister genannt. Er besiegte alle hervorragenden Schachgrößen, unter denen ich nur Interessenten die Namen Zukertort, Tschigorin und Gunsberg nennen will. [Psychiatrisches Interesse verdient unter ihnen vor allen Dingen Johannes Hermann Zukertort, der 1842 in Lublin geboren war und Steinitz mehrfach gegenübergetreten ist, 1883 im Londoner Turnier sogar ihm den ersten Preis mit Erfolg streitig gemacht hat. Im Jahre 1886 stellte er sich abermals Steinitz, wurde total geschlagen und erkrankte psychotisch infolge der großen Geistesanspannung, wie die Schachliteratur berichtet. Er ist 1888 in geistiger Umnachtung gestorben, doch gehen wir wohl nicht fehl, wenn wir die Ursache der Geisteskrankheit endogen und nicht exogen suchen



und die völlige Niederlage der bereits eingetretenen Insuffizienz zuschieben.] Sein Schicksal ereilte den Weltmeister Steinitz dann im Jahre 1894, wo er dem 32 Jahre jüngeren, auch als Mathematiker nicht unbekannten Dr. Emanuel Lasker unterlag. Drei Jahre später beging er die Torheit, Lasker abermals herauszufordern, und wurde noch eklatanter geschlagen.

Seitdem gilt Lasker als Weltschachmeister. Aber schon sucht ihm seine Lorbeeren streitig zu machen ein Schachstern, der diesmal wiederum über den großen Teich herüber aufgegangen ist. Zwar hat Lasker 1908 noch Tarrasch geschlagen, sein Sieg über Schlechter 1910 blieb schon weniger unbestritten, wie wird es ihm jetzt gegen R. I. Capablanca ergehen? Die Prognose ist schlecht, denn Capablanca ist nicht weniger als 30 Jahre jünger! — Wenn dennoch unser Landsmann aus Berlinchen sich in Havanna der schweren Aufgabe unterziehen will, dem Südländer zu zeigen, daß deutsche Geisteskräfte auch durch den langjährigen Aushungerungskrieg nicht gelitten haben, so ist das ehrenvoll, aber leider nicht viel Erfolg versprechend[1]. Denn er ist bereits 53 Jahre alt und ein sehr großer Schachspieler und Schachschriftsteller, der preußische Gesandte v. Heydebrandt und v. d. Lasa (1818 geboren) hat einmal geschrieben:

„Durchschnittlich wird man schwerlich über das 40. Lebensjahr im Schach hinausrücken dürfen. Ich bin sogar geneigt zu glauben, daß die Grenze der äußersten Genauigkeit im Spiel schon beträchtlich früher in den meisten Fällen eintreten wird."

Wir sehen, wie treffend hier psychiatrische Erfahrung aus Laienmunde bestätigt wird. Eigentümlich berührt es den Uneingeweihten, daß ein Schachmeister so ins Schwarze trifft. Aber daran ist eben die Eigenart des Schachspiels schuld, das lediglich die Verstandeskräfte herausfordert, und das, wie keine andere Kunst oder Wissenschaft, die Kräfte zweier Personen mathematisch genau gegeneinander abwägt. Wir können also aus den Erfolgen oder Mißerfolgen der Spieler Schlüsse ziehen, die unserer Wissenschaft zugute kommen. Gewiß gilt auch für den alternden Schachspieler die Regel, daß ihm alteingeschliffene Bahnen seines Gehirns große Hilfe leisten. Aber wehe, wenn er diese Bahnen absichtlich verläßt, wie Anderssen gegen Morphy das zu seinem Unglück getan hat! Er versuchte, wie er die Überlegenheit des Gegners merkte, mit den weißen Figuren sich auf die Verteidigung zu beschränken (Anzug a2—a3), eine Aufgabe, die nach der Spieleröffnung zunächst Schwarz zufällt, und erlebte damit, wie jeder Psychologe hätte prophezeien können, dem jugendlich elastischen Genie gegenüber klägliches Fiasko. Aber andere Wissenschaften sind glücklicherweise so geartet, daß frühere Erfahrungen viel mehr zur Wirkung und Ausmünzung kommen, weshalb wir, die wir bereits von des Lebens Höhe herabsteigen, nicht uns, wie der unterlegene Schachmeister, deprimiert zurückzuziehen brauchen, sondern immer noch nach Kräften unsere Bausteine zu dem Gebäude menschlichen Wissens und menschlicher Leistungen heranschleppen können.

[1]) Inzwischen ist meine Prophezeiung eingetreten: Lasker hat die Weltmeisterschaft an Capablanca abtreten müssen.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Sitzungsberichte der Forensisch-Psychiatrischen Vereinigung zu Dresden.

1. Sitzung am 26. 1. 1922.

Der stellvertretende Vorsitzende G.R. *Ganser*-Dresden eröffnet die Sitzung, die erste nach dem Krieg. Zum Vorsitzenden wird einer der Gründer der seit 1894 bestehenden Vereinigung, G. M.-R. Dr. *Ilberg*-Sonnenstein, gewählt, zu seinem Stellvertreter Oberlandesgerichtsrat Dr. *Krasser*-Dresden; Schriftführer wird R.-M.-R. Dr. *Kürbitz*-Sonnenstein, stellvertr. Schriftführer und Kassenwart Amtsgerichtsrat Dr. *Künzel*-Dresden.

G. R. *Ilberg* übernimmt den Vorsitz mit einigen erläuternden Worten über Zweck und Ziele der Vereinigung. Es wird beschlossen, die Sitzungsberichte in der A. Z. f. Ps., wie früher, zu veröffentlichen und in einer noch zu bestimmenden juristischen Zeitschrift.

Von einem Satzungsentwurf wird Kenntnis genommen und die Abstimmung über ihn bis zur nächsten Sitzung zurückgestellt. Zustimmung findet sodann der Vorschlag, einen Ausschuß aus Juristen und Medizinern zu wählen, um einen Arbeitsplan für die folgenden Tagungen zu entwerfen.

Als Jahresbeitrag wird vorläufig 13 Mark festgesetzt. Sodann hält *Ganser*-Dresden seinen angekündigten Vortrag über: „Der Gesundheitszustand des deutschen Volkes vor und nach dem Kriegsende.“

Er bespricht zunächst die Frage, ob und welche Krankheiten infolge des Krieges und nach ihm entstanden sind, und zieht, um die richtige Antwort zu finden, zum Vergleich die Vorkriegszeit heran. Auch in dieser hatten wir Tuberkulose, eine große Kindersterblichkeit, eine weitverbreitete Trunksucht mit all ihren bekannten schädlichen Folgen, ferner eine Zunahme der Geisteskrankheiten und der Geschlechtskrankheiten. — Jetzt findet man mancherlei krankhafte Züge als Kriegsfolge. Auf körperlichem Gebiet sind zu nennen die große Unterernährung und die deutliche Wachstumshemmung der Kinder; der starke Mißbrauch von Alkohol und Tabak (13 Milliarden werden jetzt in einem Jahre für Rauschgetränke und Tabak ausgegeben, fast täglich Aufnahme eines Trunksüchtigen in der Dresdener Städt. Heil- und Pflegeanstalt)



t in der gegenwärtigen Ausartung eine Folge der Nachkriegszeit, deseichen das enorme Anschwellen der Geschlechtskrankheiten. Der Voragende erwähnt dann noch die Kriegsneurotiker, um dann auf die Kriegslgen mehr seelischer Art einzugehen, wie sie sich in dem moralischen iederbruch und seiner hohen Kriminalität zeigen. Als Ursachen kommen Frage Not, Nahrungsmangel, behördliche Verordnungen, Schieber usw. wei Momente sind für das Sinken der Moral von großer Bedeutung: nmal ist es die dauernde Wirkung des Hungerzustandes, der die Arbeitsraft schwächt und die moralische Widerstandskraft gegenüber den ch steigernden Versuchungen erschlaffen läßt; sodann wirkt auch das ðse Beispiel verheerend, ist doch bei vielen die Moral nur eine anerzogene ebensform, die unter dem Einfluß der Umwelt schnell fällt, sind doch iele der Rechtsbrecher nicht haltlos, sondern nur moralisch oberflächlich. - Die Ungebundenheit der Schuljugend während des Krieges und die schreckende sexuelle Zügellosigkeit der heranwachsenden Jugend sind var tief bedauerlich, aber nicht als etwas Krankhaftes anzusprecnen. on einer Volkskrankheit zu sprechen ist nicht richtig, vielmehr haben uch schon früher vorhandene Schädlichkeiten jetzt nur eine Steigerung fahren. Zugunsten der Gesundheit unseres Volkes spricht das Heldenım an der Front und in der Heimat und der jetzt noch oft sich zeigende pfermut, und das läßt uns einen Aufstieg wieder erhoffen.

Aussprache. — *Hösel*-Dresden fragt, ob der Volkskörper als anzes Veränderungen durchgemacht hat.

Ganser-Dresden glaubt das nicht, handelt es sich doch nicht um ine Volkskrankheit, wie sie früher bei Seuchen unser Vaterland heimuchte. Degenerative Züge waren auch schon vor dem Krieg vorhanden, ber wie nach dem 30jährigen Krieg und den napoleonischen Feldzügen ei auch jetzt eine Besserung zu erhoffen, um so mehr, als sich jetzt eine bkehr vom Materiellen, ein Streben nach vorwärts, nach dem Idealen eige; deshalb könne man auch das deutsche Volk im ganzen nicht als eurasthenisch bezeichnen.

Ilberg-Sonnenstein erwähnt, wie zu Beginn des Krieges im deutschen leer auffallend wenig psychische Krankheiten sich zeigten, wie aber päter diese häufiger auftraten, als der Nachwuchs schlechter wurde.

Dr. *Kürbitz*-Sonnenstein.

2. Sitzung am 2. 3. 1922.

Ganser-Dresden stellt mehrere Kranke vor, an einigen von ihnen eigt er die für Schizophrenie charakteristischen Symptome.

Vor Beginn des geschäftlichen Teiles der Sitzung widmet der Voritzende *Ilberg*-Sonnenstein einem der Gründer der Vereinigung, dem kürzich verstorbenen Mitglied Landgerichtsrat Dr. *Spitzner*-Dresden, einen varm empfundenen Nachruf.

Nach Verlesung des Protokolls der Sitzung vom 26. Januar 1922 werden die neuen Satzungen mit kleinen Änderungen angenommen. Neben der Veröffentlichung in der A. Z. f. Ps. sollen die Sitzungsberichte auch in der Deutschen Strafrechtszeitung erscheinen.

Dr. *Kürbitz*-Sonnenstein.



24. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 22. April 1922 in der Psychiatrischen und Nervenklinik in Königsberg i. Pr.

Anwesend: *Augstein*-Tilsit, *Baumm*, *Buchholz*-Königsberg, *Dubbers*, *George*, *Hauptmann* -Allenberg, *Havemann*-Rastenburg, *Herrmann*, *Hoffmann*-Königsberg, *Holthausen*-Tapiau, *Jacob*, *Kastan*, *Klieneberger*-Königsberg, *Knab*-Tapiau, *Krebs*-Allenberg, *Krüger*-Tapiau, *Lullies*-Kortau, *E. Meyer*, *G. Meyer*, *Moser*-Königsberg, *Ortleb*-Tapiau, *Schröder*, *Schütze*-Kortau, *Steinert*-Königsberg, *Titius*-Allenberg, *Rothmann*-Elbing, *Wallenberg*-Danzig und 9 Gäste.

Adolf Wallenberg-Danzig: „Ein neues Syndrom bei Thrombosen im Ursprungsgebiet der Art. fossae *Sylvii*."

Der Vortragende konnte gleichzeitig in drei Fällen, von denen zwei zur Sektion kamen, folgendes Krankheitsbild beobachten:

Drei ältere Leute mit Arteriosklerose zeigten nach relativ geringen Insulterscheinungen:

1. linksseitige Hemianopsie mit hemianopischer Pupillenstarre (Tractus-Hemianopsie);

2. mehr oder minder ausgeprägte kürzere oder längere Zeit anhaltende Déviation conjuguée nach rechts (Herdseite), einmal verbunden mit geringer und vorübergehender Blickparese nach links, zweimal mit Kopfdrehung nach r.

3. Nystagmus horizontalis mit rascher Komponente nach r., mit langsamer Komponente nach l.;

4. linksseitige hemiparetische Erscheinungen, welche sich entweder auf den l. Facialis, Hypoglossus und Arm beschränkten oder mehr oder weniger auch das Bein in Mitleidenschaft zogen. Bei Beschränkung auf Arm und Gesicht keine Zeichen einer Pyramidenlähmung des Armes, aber Verlust bezüglich Abschwächung der l. Bauch- und zunächst auch der l. Kremasterreflexe, bei den zwei anderen typische Hemiplegie mit der Modifikation, daß in einem Falle das Bein viel besser beweglich war als der Arm, im anderen beide Extremitäten gleichmäßig sich an der Lähmung beteiligten

5. Fehlen einer irgend erheblichen Sensibilitätsstörung (nur der Muskelsinn schien in zwei Fällen gelitten zu haben); scheinbare Ausfälle im ersten Falle konnten auf halbseitige Aufmerksamkeitsstörung (Hemiaprosexia) zurückgeführt werden.

Statt der anfänglich angenommenen Lokalisation des Erweichungsherdes an der Einmündungsstelle der r. Arteria communicans posterior in die Carotis interna, dort, wo der Tractus opticus über den rechten Hirnschenkel zieht, mußte, da keine Ausfallerscheinungen von seiten des r. Oculomotorius bestanden, eine frontaler gelegene Stelle in Anspruch genommen werden, an welcher die Bahnen der seitlichen Augen- und Kopfdreher aus dem Fuß der zweiten Stirnwindung sich frontal von dem Knie der inneren Kapsel den cortico-bulbären Fasern anlegen und andrerseits laterale Teile des Tractus opticus von der Einmündung in das Corpus geniculatum laterale getroffen werden konnten. Dem entsprachen die



anatomischen Befunde: Der Erweichungsherd hatte in beiden Fällen den vorderen Schenkel, Knie und frontale Teile des hinteren Schenkels der inneren Kapsel mit Beteiligung des Striatum und des Pallidum, daneben dorsolaterale Abschnitte des frontalen Thalamus zerstört und in medialer, ventrokaudaler Richtung einen Fortsatz bis zu lateralen Teilen des Tractus opticus in die Nähe des Frontalpoles des Geniculatum laterale vorgeschoben.

Für den Nystagmus mit der raschen Komponente zur Herdseite und der langsamen Phase zur Seite der Hemianopsie und Lähmung läßt sich z. Z. eine befriedigende Erklärung nicht aufstellen. *W.* hält es für möglich, daß durch die Schwächung der Bahnen zum l. supranuklearen Blickzentrum die Augen in rascher Phase nach r. hin abgelenkt werden und durch die Aktion des intakt gebliebenen l. Vestibularzentrums ebenso oft in langsamer Phase nach l. zurückgeführt werden. Neben dem beschriebenen Erweichungsherd waren in beiden Fällen auch Rindenabschnitte erweicht, welche einmal der Ausbreitung des 1. und 4. Endastes der Art. fossae *Sylvii*, das andere Mal der des 2. und 5. Astes entsprachen.

In einem vierten Falle, der im übrigen alle geschilderten Symptome darbot (bis auf geringere Dauer des Nystagmus und eine Sensibilitätsstörung der l. hemiplegischen Seite), bei welchem aber wegen totaler Lichtstarre der Pupillen die Prüfung auf hemianopische Starre nicht angestellt werden konnte, trat der Tod 4 Tage nach dem Vortrage ein, und bei der Sektion zeigte sich eine Blutung, deren Ausdehnung dem zentralen Erweichungsherde der beiden ersten Patienten entsprach, die aber frontale Teile der inneren Kapsel verschonte (geringe Dauer des Nystagmus!) und kaudalwärts auch mediale Thalamusabschnitte zerstört hatte (Sensibilitätsstörung!).

Diskussion. — *Blohmke*-Königsberg a. G. erkundigt sich, ob in den vorgetragenen Fällen eine Vestibularuntersuchung vermittelst kalorischer Reizung stattgefunden hat. Bei der Seltenheit derartig exakt beobachteter Krankheitsfälle wäre dieselbe otologischerseits von größtem Werte gewesen. Bei der vom Herrn Vortragenden supponierten Entstehung des festgestellten. horizontalen Nystagmus mit langsamer und schneller Komponente und der Déviation conjuguée in einem Falle hätte doch wahrscheinlich bei der erhaltenen Vestibularreizleitung die Ablenkung der Augen im Sinne der langsamen Komponente und eine Verstärkung der Déviation eintreten müssen.

Wallenberg erklärt, daß eine Vestibularisuntersuchung nicht möglich war.

E. Meyer: Fürsorge für die Geisteskranken außerhalb der Anstalten.

M. verlangt mehr Fürsorge für die Geisteskranken außerhalb der Anstalten, da deren Zahl jetzt und in Zukunft weit größer als bisher sein werde und auch, eben bei geeigneter Fürsorge, sein könne. In erster Linie kommen die Kranken in Betracht, die aus öffentlichen Mitteln ganz oder teilweise erhalten werden müssen. — *M.* erinnert an die Verhältnisse in anderen Ländern, insbesondere Schottland, und hält eine einheitliche Frürsorge ärztlich-psychiatrischer Art gegenüber der rein polizeilichen Aufsicht für nötig, mit örtlichen Instanzen und zentraler Oberaufsicht.



Die Psychopathen-Fürsorge würde vielfach sich mit der für die Geisteskranken decken (Ausf. Veröff. im Arch. f. Psych.).

Diskussion. — Landesrat *Bessel*-Königsberg a. G.: Die Kosten der Unterbringung von geisteskranken Personen in den Prov.-Heil- und Pflegeanstalten sind mit der zunehmenden Teuerung ins Ungeheure gestiegen. Die drei Anstalten Allenberg, Kortau und Tapiau erfordern jährlich einen Provinzialzuschuß von etwa 20 Millionen M. Die Provinzialverwaltung hat daher ein lebhaftes Interesse daran, daß die Zahl der Insassen ihrer Heil- und Pflegeanstalten nach Möglichkeit vermindert wird. Dies kann nur in der Weise geschehen, daß ungefährliche Kranke nach Hause entlassen werden, wenn die häuslichen Verhältnisse die genügende Aufsicht und Pflege gewährleisten. Die entlassenen Kranken werden daheim aber auch daraufhin zu überwachen sein, ob sich ihr Zustand etwa verschlimmert hat und daher ihre Rückführung in die Anstalten geboten ist. In Anbetracht der Steigerung der Pflegekosten, die jetzt in den Prov.-Heil- und Pflegeanstalten in der III. Klasse 30 M. täglich betragen, haben sich viele Angehörige entschließen müssen, ihre Kranken als ungeheilt und gegen ärztlichen Rat aus den Anstalten herauszunehmen. Auch für diese Personen ist eine Fürsorge nötig. — Die Fürsorge wird am besten durch die Wohlfahrtsämter der Stadt- und Landkreise ausgeübt werden, die mit den Organen der Armenpflege in enger Verbindung stehen, und denen Berufsamt, Arbeitsnachweis, Wohnungsamt, Erwerbslosenfürsorge, Kriegs- und Hinterbliebenenfürsorge, Berufsvormundschaft usw. helfend zur Seite stehen. Sie werden durch ihre Kreisfürsorgerinnen die notwendigen Erkundigungen über die häuslichen Verhältnisse und über etwa in Betracht kommende Arbeitstellen und Unterkunftmöglichkeiten anstellen, die Überwachung der entlassenen Kranken übernehmen und gegebenenfalls die Rückführung der Kranken in die Anstalten veranlassen. Um die Kreisfürsorgerinnen für diese Aufgaben vorzubereiten, würde die Provinz gegebenenfalls Lehrgänge für Kreisfürsorgerinnen in den Heil- und Pflegeanstalten veranstalten.

Dubbers: Selbstverständlich stehen auch wir Anstaltsleiter auf dem Standpunkt, die Anstalten von allen der Anstaltspflege nicht unbedingt bedürftigen Kranken zu entlasten, um dadurch die Ausgaben herabzusetzen. Ob aber der Vorschlag, die Familienpflege in größerem Maßstab auf die Provinz auszudehnen, der richtige Weg dazu ist, erscheint mir fraglich, und ich möchte davor warnen, sich allzuviel davon zu versprechen. — Wenn wir den Begriff der Anstaltspflegebedürftigkeit möglichst eng fassen, können wir wohl noch einige Kranke mehr aus den Anstalten entlassen, die sich vielleicht einige Zeit lang draußen halten können. Kranke, die sich in den Anstalten beschäftigen und, ohne außerordentliche Kosten zu machen, wenigstens einen kleinen Teil des Unterhalts aufbringen. Werden diese Kranken entlassen und der sachverständigen Aufsicht und Anleitung entzogen, so hören sie mangels geeigneter Anleitung oder mangels der gerade für sie geeigneten Arbeit auf zu arbeiten und leisten nicht einmal den bis dahin geleisteten Beitrag zu ihrem Unterhalt, sie beziehen Arbeitslosenunterstützung, verwahrlosen in kurzem und kommen über kurz oder lang in erregtem Zustand nach der Anstalt zurück. Ein solcher Kranker kostet dann in seinem erregten Zustand an Schlaf-

und Beruhigungsmitteln, an zerstörter Kleidung und Wäsche und dergl. der Anstalt mehr, als er vor der Entlassung gekostet hat. — Von einer irrenärztlichen Aufsicht und Überwachung der Familienpflege kann bei der räumlichen Ausdehnung der Provinz keine Rede sein, aber es werden auch nicht einmal die Fürsorgepflegerinnen bei den Wohlfahrtsämtern imstande sein, sich der über ihren Kreis verteilten Pfleglinge besonders anzunehmen. Mußten wir doch seinerzeit bei der Allenberger Familienpflege im Wehlauer Kreis gelegene Stellen eingehen lassen, weil sie so weit abgelegen waren, daß sie nur in der guten Jahreszeit und selbst da nur mit Schwierigkeiten zu erreichen waren.

Holthausen: Die Mitwirkung der Kreise und kreisfreien Städte, die eine eigene Fürsorge nicht eingerichtet haben, kann im Verkehr mit den Heil- und Pflegeanstalten mit Hilfe der vorhandenen Fürsorgerinnen ersprießlich sein. Diese könnten in zweimal achttägigen Kursen an der zu ihrem Arbeitsgebiet gehörigen Anstalt in die einschlägigen Fragen eingeführt werden. Dabei lernt jede Fürsorgerin planmäßig alle Anstaltskranken ihres Bezirks, die für eine Entlassung noch in Frage kommen können, persönlich kennen. Bei gelegentlichen Besuchen ihres Heimatortes nimmt sie Fühlung mit den Angehörigen, dem Gemeindevorsteher, Pfarrer und Lehrer und teilt der Anstalt ihre Wahrnehmungen über Eignung der Familie zur Wiederaufnahme des Kranken mit. Durch Übernahme der Zuführung von Aufnahmen in die Anstalt kann die Fürsorgerin mit dieser in Verbindung bleiben. Die so über die häuslichen Verhältnisse, über Wohn- und Arbeitsgelegenheit zu gewinnenden Kenntnisse können der Anstalt den Entschluß zur Frühentlassung in manchen Fällen erleichtern.

E. Meyer (Schlußwort): Die Bedenken, auch hinsichtlich der Kosten, scheinen mir nach den Erfahrungen in anderen Ländern unbegründet. Die Einrichtung wird jetzt, nachdem in Friedenszeiten die nötigen Maßnahmen unterlassen sind, naturgemäß schwieriger sein, aber die große Zahl der Kranken außerhalb der Anstalten macht sie notwendig. Eine Ersparnis liegt auch darin, daß weitere Anstaltsbauten auf die Dauer gespart werden. Eine Beschränkung auf die Kreise ist bedenklich, da nur durch eine zentrale Oberaufsicht eine gleichmäßige, anhaltende Arbeit gewährleistet wird. Zweifellos sind die Fürsorgeämter oft überlastet, auch manche Fürsorge, so die für die Trinker, von sehr zweifelhaftem Werte, aber die für Geisteskranke wird sicher ihren Lohn haben.

Kastan: Die Bedeutung der Leberbefunde bei Linsenkernerkrankungen.

Entwicklungsgeschichtlich, histologisch und chemisch sind die Teile des Streifenkörpers gut differenziert, auch symptomatologisch sind uns ihre unterschiedlichen Funktionen bekannt, soweit die Motilität in Betracht kommt. Was die Beziehungen der Basalganglien zu den Leber- und Milzstörungen angeht, so stecken unsere Kenntnisse noch im Stadium des ersten Beginns. Für diese Frage kommen die meisten Funktionsprüfungen als zu wenig zuverlässig nicht in Betracht. An Hand von Fällen der Literatur und eigener Beobachtung wird dargetan, daß eine erhebliche Lebervergrößerung mit Starre, eine nur röntgenologisch nach-



weisbare Vergrößerung oder gar Verkleinerung mit hyperkinetischen Symptomen einhergeht, und daß die Erscheinungen von seiten des Motoriums sich gleichzeitig mit den Veränderungen an der Leber wandeln können. (Ausführl. in Arch. f. Psych.)

Jacob-Königsberg stellt vor:

1. eine 38jährige Krankenschwester mit Akromegalie: Beginn der Erkrankung vor ca. 12 Jahren mit allmählich zunehmender Vergrößerung der Acra, Gewichtszunahme. Der Befund zeigt eine stark vorgealterte Person von für die Erkrankung typischem Aussehen, starkem Fettansatz an Bauch, Hüften, Oberschenkel und Rücken. Kein pathol. Augenbefund, deutliche Erweiterung der Sella turcica im Röntgenbilde. Im Anschluß daran kurzer Überblick über die Therapie, vor allem die verschiedenen Operationsmethoden und ihre Erfolge.

Diskussion. — *Wallenberg* warnt vor der endonasalen Operationsmethode und weist auf die endokranielle Methode *Cushing*s hin.

Blohmke a. G.: Die von Herrn *Wallenberg* an Tieren erprobte Methode der operativen Erreichung der Hypophyse vom Munde aus an der Grenze des harten und weichen Gaumens stellt entschieden den kürzesten Weg dar. Diese Methode ist bereits von *Tiefenthal* beim Menschen mit bestem Erfolg ausgeführt worden. Die Bedenken gegen die endonasale Hypophysenoperation nach *Hirsch*, welche in der event. leicht möglichen Meningealinfektion ihre Begründung haben, sind nach dem neueren Verfahren dieses Autors nicht mehr voll gerechtfertigt. *Hirsch* begnügt sich jetzt bekanntlich bei Zystenbildung der Hypophyse mit einem einfachen Anstechen derselben und bei Tumorbildung der Hypophyse mit einer Schlitzung der Dura, um dem Tumor ein Ausweichen zu ermöglichen und damit die Druckerscheinungen zu beseitigen. Eine weitere Duraeröffnung wird nicht vorgenommen. Im Anschluß daran wird dann der Tumor mit Radium, das in die Keilbeinhöhle gelegt wird, bestrahlt. Nach Einführung dieser Methode ist der Operationserfolg bedeutend gesteigert worden.

2. Fall von doppelseitiger totaler peripherer Facialislähmung nach schwerem Kopftrauma, auffallend durch den Mangel jeglicher elektrischer Entartungsreaktion. Deutliche Tendenz zur Besserung unter elektrischer Behandlung.

Moser berichtet über Versuche mit subkutanen Kokaininjektionen bei katatonen Stuporen (nach *Berger*), an Hand deren er zu folgenden Resultaten kommt.

1. Der negative Ausfall des *Berger*schen Versuches bei einer ganzen Reihe ziemlich frisch erkrankter Fälle von katatonem Stupor läßt eine Verallgemeinerung und Aufstellung des positiven Ausfalls als Regel noch nicht zu.

2. Vorübergehende Lösung des Stupors sowie Auftreten von Unruhe nach der Injektion muß durchaus nicht immer Wirkung des Kokains, kann vielmehr auch durch andere Momente bedingt sein, was durch mehrmalige Wiederholung der Injektion bei demselben Patienten und durch Pseudoinjektionen nachzuprüfen ist.



3. Sowohl eine praktische Verwertung auf Grund der bisherige Versuche als auch die Aufstellung weitgehender Hypothesen und Theorien auf deren Basis ist verfrüht.

E. Meyer: Zur Kenntnis der Karzinommetastasen des Zentralnervensystems, insbesondere der weichen Häute.

M. berichtet über 5 einschlägige Fälle — 4 davon mit anatomischem Befund —, von denen zwei der sog. Meningitis carcinomatosa angehörten. Bei letzteren waren besonders bemerkenswert das Schwanken der Erscheinungen und die starke psychogene Überlagerung. (Ausf. Veröff. im Arch. f. Psych.)

Klieneberger: Über die Behandlung der Epilepsie durch operative Entfernung sowie durch Röntgenbestrahlung der Nebennieren.

K. gibt eine Übersicht über die Literatur der Nebennierenexstirpation bei Epilepsie, die ebensowenig wie ein selbst beobachteter einschlägiger Fall ein sicheres Urteil über die Zweckmäßigkeit des operativen Eingriffs erlaubt. Es wird alsdann über 12 Fälle von Epilepsie berichtet, bei denen die Röntgenbestrahlung der Nebennieren durchgeführt wurde. Schädigende Einwirkungen wurden nicht beobachtet, eine gewisse Besserung war in manchen Fällen unverkennbar, so daß zu weiteren Bestrahlungsversuchen zugeraten werden kann. (Ausführliche Veröffentlichung im Archiv für Psychiatrie.) *G. M.*



Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Verein für Psychiatrie. — Kassenabschluß für das Rechnungsjahr 1921 (1. 4. 21 bis 31. 3. 22).

I. Bankguthaben am 1. 4. 1921 (s. A. Z. f. Ps. 77, S. 212) . .			M. 4276,52
A. Einnahmen:			
a) Mitgliederbeiträge:			
36 nachträglich für 1920	M.	190,—	
558 à 10 M. ,, 1921	,,	5580,—	
12 schon für 1922	,,	120,—	,, 5890,—
b) Zinsen			
von Wertpapieren	M.	450,—	
von Bankgeldern	,,	176,03	,, 626,03
c) zurückgezahlte Kapitalertragsteuer.	,,	40,—	,, 40,—
Zusammen Bestand und Einnahmen:			M. 10832,55
B. Ausgaben:			
1 Arbeitsplatz (Dr. *Levy*) Forschungsinstitut für Psychiatrie	M.	1000,—	
Auslagen des Schriftführers bis 8. 4. 21	,,	395,—	
dto. bis 12. 11. 21		1498,—	
Druck der Leitsätze für Dresden	,,	272,50	
Benutzung des Saales usw. am 25./26. 4. 21	,,	240,—	
Notariatskosten (Vorstandsanmeldung)	,,	71,45	
Kosten der Kassenführung (Porti, Briefumschläge, Bankspesen)	,,	421,25	
dto. (Zahlungsaufforderungen, Zahlkarten, Porti schon für 1922)	,,	600,65	M. 4498,85
Bleibt Bestand (Bankguthaben 6301,80 + bar 31. 90) zusammen			M. 6333,70
II. Bestand an Wertpapieren am 1. 4. 21 (Nom. Wert) . .			M. 13 000,—
Bestand an Wertpapieren am 31. 3. 22 (Nom. Wert)			,, 13 000,—

Kurswert der Papiere am 31. 3. 22: M. 11 171,25.

Schlachtensee, den 1. April 1922.

Der Schatzmeister: Dr. *Boedeker*.



I. Kongreß für Heilpädagogik. — Vom 2.—5. August findet in den Räumen der psychiatrischen Klinik zu München ein Kongreß für Heilpädagogik statt. Dieser Kongreß, dessen regelmäßige Wiederkehr (alle 2 Jahre) geplant ist, steht außerhalb jeder Standesvereinigung, will die Interessenten aus den verschiedenen Berufen zusammenführen und soll jeweils über den neuesten Stand der wissenschaftlichen Forschung und der allgemeinen Fortschritte auf dem Gesamtgebiet der Heilpädagogik orientieren. Die bisher zugesagten Vorträge befassen sich mit allen einschlägigen Gebieten und bürgen für einen erfolgreichen Verlauf der Tagung. Für die innere Ausgestaltung des Kongresses, über den ein Kongreßbericht erscheint, zeichnet Herr Hans Göpfert, München, Kaulbachstraße 63 a/I, verantwortlich. Vorträge, Forschungsberichte und Demonstrationen wollen bei ihm bis spätestens 20. Juni angemeldet werden. Referatsdauer 20 Minuten. Tagungsplan und Teilnehmerkarten werden Ende Juni ausgegeben.

Mit Rücksicht auf den Wohnungsnachweis sind Teilnehmermeldungen von Heilpädagogen (Hilfsschullehrern, Taubstummenlehrern usw.), Ärzten, Psychologen, Lehrern, Fürsorgeerziehern, Geistlichen, Jugendrichtern, unter Beifügung von 50 M. Kongreßgebühr auf „Postscheckamt München Nr. 21 209, Bayer. Hilfsschulverband" möglichst bald erbeten.

Die 87. Versammlung (Hundertjahrfeier) der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte wird 18.—24. September in Leipzig stattfinden. Montag, 18. 9. vorm. 9 Uhr allg. Sitzung: Die Relativitätstheorie (Prof. *Einstein*-Berlin, Prof. *Schlick*-Kiel); nachm. $2^1/_2$ Uhr Sitzung der med. Hauptgruppe: Die Wiederherstellungschirurgie (Prof. *Bier*-Berlin, Prof. *Lexer*-Freiburg). Dienstag, 19. 9. vorm. 9 Uhr allg. Sitzung: Die Vererbungslehre (Prof. *Johannsen*-Kopenhagen, Prof. *Meisenheimer*-Leipzig, Dr. *Lenz*-Herrsching); nachm. $2^1/_2$ Uhr gemeinsame Sitzung der beteiligten Abteilungen beider Hauptgruppen: Über Elektrolytwirkungen im Organismus (Prof. *Ostwald*-Leipzig, Prof. *Höber*-Kiel, Prof. *Spiro*-Basel). Mittwoch, 20. 9. vorm. 9 Uhr Prof. *Walther*-Halle: Fortschritt und Rückschritt im Laufe der Erdgeschichte; 10 Uhr Prof. *Hellmann*-Berlin: Deutschlands Klima; $11^1/_2$ Uhr *Sven Hedin*-Stockholm: Das Hochland von Tibet und seine Bewohner.

Die 23. Abteilung für Psychiatrie und Neurologie (Einführende: Prof. *Flechsig*, Leipzig, Ferd. Rhodestr. 31 II, und Prof. *Bumke*, Leipzig, Windmühlenweg 29), mit der die diesjährige Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie verschmolzen ist, tagt am Donnerstag und Freitag (21. und 22. 9.). Donnerstag 9 Uhr vorm. 1. Referat: Psychiatrie und innere Sekretion (*Fischer*-Gießen); nachm. 3 Uhr *Flechsig*-Leipzig: Die Lokalisation der geistigen Funktionen. Freitag 9 Uhr 2. Referat: Der Vorentwurf zum Deutschen Strafgesetzbuch (*Vocke*-Eglfing und G. J.-R. Prof. *Liepmann*-Hamburg). An Vorträgen sind bis jetzt angemeldet: 1. *Klarfeld*-Leipzig (Thema vorbehalten); 2. *Prinzhorn*-Heidelberg: Die Kunst der Geisteskranken; 3. *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Die Psychopathologie als Naturwissenschaft. Weitere Vortragsmeldungen bis Ende Juni an den Einführenden Prof. *Bumke* erbeten.

Abendliche Veranstaltungen: Sonntag Begrüßung im Kristallpalast; Montag Festvorstellung im Neuen Theater; Dienstag Zoologischer Garten; Mittwoch Palmengarten; Donnerstag Gewandhauskonzert. Für den Sonnabend sind Ausflüge geplant.

Teilnehmerkarte 100 M. (Ausländer mehr), für die Damen der Teilnehmer 50 M. Wer die Absicht hat, an der Versammlung teilzunehmen, wird gebeten, unter Angabe der Abteilung, der er beizutreten wünscht, der Geschäftsstelle der Hundertjahrfeier der Gesellschaft, Leipzig, Nürnbergerstr. 48, möglichst bald Mitteilung zu machen, er erhält dann später das ausführliche Programm.

Die 12. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte wird am 13. und 14. Oktober in Halle a. S. abgehalten werden. Referat: Die Topik der Großhirnrinde in ihrer klinischen Bedeutung (*K. Goldstein*-Frankfurt a. M. und *O. Förster*-Breslau). Vortraganmeldungen erbeten an Dr. *K. Mendel*, Berlin W, Augsburgerstr. 43.

Die Heil- und Pflegeanstalt Merzig ist am 1. 11. 1921 von der Saarregierung übernommen worden und zählt somit nicht mehr zu den rheinischen Provinzialanstalten. Am 1. 4. 1922 sind außer 15 Beamten der Direktor S.-R. Dr. *Buddeberg* und die Oberärzte S.-R. Dr. *Sauermann* und Dr. *Stahl* dem Landeshauptmann der Rheinprovinz zur Verfügung gestellt worden; ersterer wurde der Anstalt Bedburg-Hau als Leiter der Landarmenabteilung, die beiden andern als Oberärzte den Anstalten Galkhausen und Düren zugewiesen.

Anfang März ist in Dresden eine Sächsische Landeshauptstelle gegen den Alkoholismus gegründet worden, welche die allen alkoholgegnerischen Organisationen gemeinsamen Interessen vertritt und überall im Freistaat Sachsen für Ausbreitung der Bewegung wirkt. An erster Stelle wird sie Lehrgänge für Lehrer und Erzieher ausbauen. Vorsitzender: Dr. Vogel, Kustos am Deutschen Hygienemuseum. Geschäftsstelle: Dresden, Georgenstr. 3.

In Wien ist aus privaten Mitteln ein unter Leitung von Prof. *Freud* stehendes psychoanalytisches Ambulatorium errichtet worden.

Der Deutsche Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen versendet in Verbindung mit seiner Ortsgruppe Groß-Berlin einen Bericht über seine Wirksamkeit vom 1. 6. 1919 bis 31. 12. 1920. Mündliche Besprechungen zwischen Ärzten und einem Vertreter der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge sowie die Entwicklung des von letzterer 1912 errichteten, unter pädagogischer Leitung und ärztlicher Aufsicht stehenden Heilerziehungsheims für unbemittelte psychopathische



Knaben in Templin führten zu dem Wunsche, 1. Beobachtung und weitere fürsorgerische Betreuung der einmal untersuchten Kinder und Jugendlichen sowie Durchführung der ärztlich angeregten Maßnahmen bei einer Stelle zu vereinigen, 2. Weiterverfolgung und Betreuung der aus Templin entlassenen Jugendlichen sicherzustellen, 3. die Ergebnisse der in Templin gemachten Erfahrungen auch für weitere Kreise zu verwerten. Regelmäßige Rücksprachen mit den Ärzten und deren jedesmalige Hinzuziehung bei Land-, Heim-, Anstaltsunterbringung und Berufsberatung dienen der engen Zusammenarbeit von Arzt und Erzieher; schwieriger und in Berlin noch nicht erreicht, aber als Ziel festgehalten ist die Einheitlichkeit der ärztlichen und die Einheitlichkeit der erzieherischen Fürsorge, um die Beobachtung der Lebensentwicklung des psychopathischen Kindes nicht durch „Abgeben des Falles" von einer zur andern Stelle zu zerreißen. — Der Ortsgruppe Groß-Berlin wurden 1. 7. 1919—31. 12. 1920 überwiesen 392 Kinder, davon 131 durch die Nervenklinik der Charité und 45 durch die Eltern. Die Maßnahmen waren sehr mannigfaltig: Beratung (74 Fälle), Schutzaufsicht (123), Heime (95), Pflegestellen (7), Hort oder Kindergarten (7), Erholungsaufenthalt (37), Lehre (28), Dienststellen (3), weitere Ausbildung in Handels- und Haushaltungsschulen (3), Irren- oder Schwachsinnigenanstalt (5), Krankenhaus (5), Fürsorgeerziehung (25), Überweisung an andere Vereins (43 Fälle). Dem Verein lag zunächst mehr daran, die erfaßten Fälle nach Möglichkeit zu fördern und zu beobachten, als sein Wirken auf möglichst viel Kinder auszudehnen. — Ortsgruppen des Deutschen Vereins bestehen außer in Berlin bisher in Königsberg, Breslau und Hanau; Arbeitsaustausch findet statt mit dem Provinzial-Verband für Psychopathenfürsorge in Sachsen und der Psychopathenfürsorge der Stadt Charlottenburg. Ausbildungskurse haben stattgefunden Januar 1920 in Berlin und Februar 1921 in Charlottenburg. Helferversammlungen werden seit Dezember 1920 in Berlin abgehalten, um über den Fortgang der Arbeit und die wichtigsten augenblicklichen Probleme auf dem Laufenden zu erhalten, und erfreuen sich der Beteiligung aus allen Kreisen.

Personalnachrichten.

Dr. *Albr. Erlenmeyer*, Geh. San.-Rat in Bendorf, feierte sein 50jähriges Doktorjubiläum.

Dr. *Otto Dees*, Obermed.-Rat, Dir. von Gabersee, und

Dr. *Oskar Ötter*, Dir. von Kutzenberg, wurden beide auf ihr Ansuchen wegen Krankheit in den Ruhestand versetzt.

Dr. *Emil Kraepelin*, Geh. Hofrat und Prof. in München, tritt am 1. 10. 22 von seinem Lehramt zurück, um seine Arbeitskraft ausschließlich der Deutschen Forschungsanstalt zu widmen.

Dr. *Ramon y Cajal*, Prof. in Madrid, trat mit Erreichung des 70. Lebensjahres vom Amte zurück. Ein spanischer Ärzteausschuß bereitet die Herausgabe seiner Werke, die Errichtung eines Monuments und eine Erhöhung der Geldmittel für das seinen Namen tragende wissenschaftliche Institut vor.

Dr. *Willy Vorkastner*, ao. Prof. u. Oberarzt der psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald, ist zum o. Prof. für gerichtliche Medizin daselbst ernannt worden.

Dr. *Heinrich Schrottenbach*, Priv.-Doz. in Graz, wurde zum ao. Professor ernannt.

Dr. *Franz Jahnel*, Priv.-Doz. in Frankfurt a. M., und

Dr. *Poppelreuter*, Priv.-Doz. in Bonn, erhielten die Dienstbezeichnung ao. Professor, letzterer mit dem Lehrauftrag für klinische Psychologie.

Dr. *Josef Gerstmann* hat sich in Wien als Privatdozent habilitiert (und ist nur versehentlich im vorigen Heft zum Reg.-Med.-R. gemacht worden).

Dr. *Herm. Bockhorn*, Oberarzt in Nietleben, wurde zum Direktor von Uchtspringe ernannt.

Dr. *Karl Zinn*, San.-Rat, Dir. in Eberswalde, hat die Amtsbezeichnung Landesmedizinalrat (nicht den Titel Reg.-Medizinalrat, wie irrtümlich im vorigen Heft gesagt ist) erhalten.

Dr. *Paul Möller*, Nervenarzt und Leiter eines Pädagogiums für jugendliche Psychopathen in Berlin-Lichterfelde, und

Dr. *Julius Schroeder*, früher Dir. der Heilanstalt Rotenberg in Riga, sind gestorben.

Dr. *Herrmann Giesler*, Oberarzt in Grafenberg, ist nach langer Krankheit, 43 Jahre alt, am 5. Juni und

Dr. *Otto Deiters*, Sanitätsrat, Dir. der Prov.-Anstalt Düren, am 13. Juni plötzlich nach Schlaganfall gestorben.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH | **BONHOEFFER** BERLIN | **FISCHER** WIESLOCH | **KLEIST** FRANKFURT A. M. | **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG | **STRANSKY** WIEN

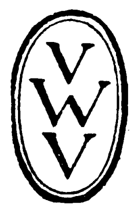
DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE-NÖSCHENRODE A. H., MÜHLENTAL 3

ACHTUNDSIEBZIGSTER BAND
FÜNFTES UND SECHSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 24. NOVEMBER 1922



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & Co.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1922

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

5./6. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Über nervöse und psychische Störungen während der Influenzaepidemie.

Von

Universitätsprofessor Dr. **Ernst Emil Moravcsik**-Budapest.

Über die Störungen des Nervensystems im Verlaufe von Influenzaepidemien stehen uns zwar seit langer Zeit Angaben zur Verfügung, doch war es erst die große Influenzaepidemie 1889/1890, welche reichlicheres Material zum Studium derselben lieferte. Eine große Anzahl von Forschern war bestrebt, das Krankheitsbild vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte klarzulegen (*Kirn*, *Kraepelin*, *Laehr*, *Ewald*, *Mispelbaum*, *Schmitz*, *Snell*, *Solbrig*, *Specht* u. a.). *Kirn*[1]) hat seine eigenen Erfahrungen und die diesbezügliche Literatur anschaulich zusammengefaßt.

Die in den letzteren Jahren, namentlich im Herbst, Winter und Frühjahr 1918/19 und 1919/20 in weiten Gebieten und in bedeutender Erkrankungszahl aufgetretene Epidemie hat mit ihren überaus zahlreichen Fällen durch eine gewaltige Menge klinischer, pathologisch-anatomischer, bakteriologischer und statistischer Erfahrungen viele neue Gesichtspunkte und Ansichten in den Vordergrund der Diskussion gestellt. Die Folgerung von *Kirn*, daß in den Kreis des Nervensystems fallende Störungen insbesondere zahlreich bei der Influenza vorkommen, hat sich nicht bestätigt. *Kleist* betont, daß bei der Influenza trotz ihrer großen Verbreitung nervöse Störungen in nicht bedeutender Zahl vorkommen, und verweist auf die Erfahrungen der Hallenser Nervenklinik, nach welchen bei der infektiösen Chorea nervöse resp. psychische Störungen in 86,4 % und auf jene von *Bergmann*, nach welchen beim Typhus derartige Störungen bei 38 % der Fälle vorkommen. Auch tauchen gewisse Zweifel darüber auf, ob die neuerlich häufig zur Beobachtung gelangenden Nervenschädigungen in ursächlichen Zusammenhang mit der Influenza gebracht und nicht etwa dem Zusammentreffen verschiedener infektiöser Einflüsse zugeschrieben werden können. So betrachtet *Economo*, welcher sich um das Studium der neuen Influenzaepidemien große Verdienste erworben hat, als alleinige Ursache der von ihm zuerst ge-

[1]) *Kirn*, Die nervösen und psychischen Störungen der Influenza. Volkm. Samml. klin. Vortr. Inn. Med. Leipzig 1890—1893.



schilderten Encephalitis lethargica den Diplostreptococcus pleomorphus *Wiesners*; und da er gerade während der Influenzaepidemie 1918/1919 keinen einzigen Fall von Encephalitis lethargica beobachtete, bezweifelt er den Zusammenhang der letzteren mit der Influenza. Deshalb ist er eher geneigt anzunehmen, daß der infektiöse Verlauf der Encephalitis lethargica durch das Zusammentreffen mit der Influenza befördert wird. Und mit ihm betonen mehrere, namentlich *Stern*, den gröberen und feineren anatomischen Unterschied zwischen der Encephalitis epidemica (lethargica) und der Influenza-Encephalitis, und daß bei jener der infiltrative Prozeß, bei dieser hingegen die Neigung zu Erweichungen auf hämorrhagischer Grundlage in den Vordergrund treten. Gestützt auf klinische und anatomische Erfahrungen gelangt *Mingazzini* hingegen zu der Überzeugung, daß die Poliomyelitis epidemica, Influenza und Encephalitis epidemica „keine wesentlichen, sondern nur im Grade und Sitze verschiedene Unterschiede aufweisen. Weder die histologischen Befunde, noch die epidemiologischen sind hinreichend, um uns zu überzeugen, daß wir es wirklich mit drei ganz verschiedenen Krankheiten zu tun haben“. Er hält es für wahrscheinlich, daß diese drei Krankheiten der Vereinigung mehrerer infektiöser und toxinfektiöser Faktoren entstammen. Der Einfluß derselben auf die Intensität der Symptome, die Art der krankhaften Veränderungen und die Lokalisation kann und wird je nach Individuum und Fall verschieden sein. Wieder andere Forscher sind geneigt, die Encephalitis epidemica mit anderen Infektionskrankheiten in engeren Zusammenhang zu bringen und dieselbe z. B. als eine Abart der Polioencephalitis epidemica anzusehen.

Abstrahiert man nun von diesen verschiedenen Ansichten, so lehrt die Erfahrung, daß durch die Influenzainfektion fast sämtliche Teile des Organismus in Mitleidenschaft gezogen werden und die polymorphen Erscheinungen nicht bei allen Kranken in derselben Form, Intensität und Ausbreitung zur Beobachtung kommen, sondern in dem Grade, wie die einzelnen Organe loci minoris oder majoris resistentiae sind. Neben dem einwirkenden Virus beeinflußt Art, Ausbreitung und Form der nervösen, namentlich der psychischen Störungen die individuelle Reaktionsfähigkeit, welche wieder einerseits von der ererbten Konstitution, anderseits von der durch Lebensbedingungen, körperliche und seelische Erschütterungen, Lebensweise bedingten individuellen Disposition abhängig ist. In seiner tiefdurchdachten Studie über den „Aufbau der Psychose“ hebt *Birnbaum*[1]) jene Faktoren hervor, welche auf Entwicklung und Gestaltung der Geisteskrankheiten von Einfluß sein können. Viele Psychiater neigen zu der Ansicht, daß die Entwicklung der Influenzapsychosen von gewissen Abnormitäten des Nervensystems und des Gehirnes gefördert wird, und *Kleist*

[1]) *Birnbaum*, A. Z. f. Ps., 75, S. 455—502.



hat nicht bloß eine persönliche, sondern eine familiäre Veranlagung nachgewiesen. Bedenkt man, daß während der Blütezeit der Epidemien 1918/19 und 1919/20 die, wenn auch nicht ganz identischen, vielgestaltigen Erscheinungen von seiten des Nervensystems in größerer Zahl vorkamen und nach dem Abklingen der Epidemie gar nicht resp. bei sporadischen Infektionen auch nur sporadisch zur Beobachtung gelangen, dann kann die Annahme eines Zusammenhanges doch nicht zurückgewiesen werden. Demgegenüber wäre jedoch zu bemerken, daß die während der Influenza gefundenen feineren Veränderungen des Gehirnes jenen bei anderen infektiösen und toxischen Erkrankungen überaus ähnlich und für sich allein keinesfalls derartig sind, daß aus ihnen ihre Influenzanatur festgestellt werden könnte. So viel kann man höchstens konstatieren, daß die Influenza größere Gebiete angreifen und so polymorphe Erscheinungen hervorrufen kann.

Ich will mich nicht auf eine Besprechung der diesbezüglichen ausführlichen Literatur verbreiten. Nach *Kleists* Monographie[1]), *Mingazzinis* Arbeit[2]) und *Grünewalds* Sammelreferat[3]), welche die diesbezügliche Literatur erschöpfend behandeln, erschien eine lange Reihe neuerer Mitteilungen.

Auffallend und bemerkenswert war mir, daß die Influenzaepidemie des Jahres 1918/19 mit ihren bezeichnenden Erscheinungen, freilich in verschiedenem Grade, alle weiblichen Kranken meiner Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten ergriff und bei den männlichen Kranken nur ganz vereinzelt beobachtet wurde; ferner daß viele Fälle einen sehr malignen Verlauf zeigten: katarrhalische Zustände an den Schleimhäuten der Luftwege, hohes Fieber, Bronchopneumonie, Pleuritis, Nephritis, Magen- und Darmstörungen, und daß gerade viele von den organischen Erkrankungen des Nervensystems (Hemiplegie nach Hirnblutung, Atrophia muscul. progressiva spinalis, Pseudohypertrophia musculorum, Tabes, Taboparalyse) vom Tode hingerafft wurden; ferner daß selbst bei den leichteren Fällen, bereits nach eintägigem Liegen, sich Herzschwäche, Schwindel, Ohnmachten, Kollapszustände

[1]) *Kleist*, Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Berlin. J. Springer, 1920.

[2]) *Mingazzini*, Klin. u. anat.-path. Beitrag zum Studium der Encephalitis epidemica (lethargica). Z. f. d. ges. N. u. Ps. Orig. 63, S. 199 bis 244.

[3]) *Grünewald*, Encephalitis epidemica. Zbl. f. d. g. N. u. Ps. 25, H. 4.



häufig zeigten, was ein ständiges Bereithalten von Exzitantien nötig machte. Demgegenüber habe ich während dieser Influenzaepidemien nervöse resp. psychische Störungen kaum gefunden. Jedoch im Zyklus 1919/20 konnte ich gerade das Gegenteil konstatieren. Bei diesem waren die eigentlichen Influenzaerscheinungen um vieles milder, die Mortalität auch bedeutend günstiger, während die nervösen und psychischen Erkrankungen in überwiegender Zahl zur Aufnahme oder ambulatorischer Behandlung gelangten.

Bereits im Initialstadium der Influenza können vereinzelte nervöse Erscheinungen auftreten, wie: ziehende Schmerzen in den Gliedern, allgemeine Hyperästhesie, infolge welcher namentlich Kälteeinwirkungen, so Berühren mit kaltem Wasser oder kalter Luft oder anderen kalten Gegenständen, Liegen in kaltem Bette, auch auf den ganzen Körper sich erstreckendes Zittern hervorrufen können, ferner Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit, Betäubung usw. Die im Verlaufe der Influenza auftretenden Veränderungen des Nervensystems sind entweder umschriebene, oder erstrecken sich auf weitere Gebiete: sie können Geistesstörungen im engeren Sinne ohne oder neben anderen Erkrankungen des Gehirnes, des verlängerten Markes, des Kleinhirnes und der peripheren Nerven hervorrufen. Doch kann auch die Influenza bisher latente Nerven- und Geisteskrankheiten zu raschem Ausbruche bringen oder deren Verlauf beschleunigen, oder auch ein pathologischer Zustand sich gleichzeitig mit der Influenza, aber unabhängig von derselben. entwickeln. Dies kann man auch bei nervengesunden Personen nachweisen.

Während der letzten Influenzaepidemien hat namentlich *Economo* die Encephalitisfälle eingehend studiert und dieselben als Encephalitis lethargica beschrieben. Da aber die Schlafsucht nicht immer das alleinige oder dominierende Symptom der Influenza-Encephalitiden ist, haben mehrere Forscher diese Erkrankung im Sinne *Strümpells* „Encephalitis epidemica" benannt. *Dimitz* unterscheidet neben der lethargischen Form die choreiforme, wenn sich im Verlaufe des Leidens motorische Reizerscheinungen zeigen oder dominieren. Doch bezeichnet diese Benennung nicht zur Genüge alle Formen der motorischen Unruhe und Irritationen. Französische Autoren bevorzugen die Benennung der Encephalitis myoclonica und heben als kennzeichnende Trias der Encephalitis lethargica hervor: Fieber, Somnolenz und Lähmung der äußeren Augenmuskeln.

Die Mehrzahl der Autoren akzeptieren drei Stadien der Encephalitis lethargica, und zwar das Initialstadium, dann das hyperkinetische und schließlich das lethargische. Hierbei entfällt das sog. choreiforme, durch den treffenderen Ausdruck der Hyperkinesie ersetzt. Natürlich gibt es

Übergangsfälle, in welchen die Reihenfolge der drei Stadien verändert erscheint oder aber eines oder das andere fehlen kann.

Die polymorphen Symptome von seiten des Nervensystems beweisen den sich vielseitig erstreckenden Einfluß der epidemischen Infektion. Relativ häufig sind die durch Kernlähmungen des Oculomotorius oder Abducens bedingten Blicklähmungen und Doppelsehen, ferner die Ptose. Als Ptose kann aber sehr häufig fälschlich ein bloß durch asthenische Ermüdbarkeit des Lidhebers bedingtes Herabhängen des Oberlides imponieren, und das Herabhängen desselben wird von vielen Autoren nur dann als wirkliche Ptose bezeichnet, wenn zu gleicher Zeit auch andere vom Oculomotorius innervierte Muskeln in ihrer Funktion gestört sind. *Mingazzini* hebt hervor, daß während der jetzigen Epidemie die Pupillen häufig auf Lichteinfall nicht reagierten, und daß dieser Zustand noch längere Zeit, oft während des ganzen Rekonvaleszenzstadiums nachweisbar blieb. Auf Grund persönlicher Erfahrungen vermag ich diese Ansicht nicht ganz zu teilen. Neuritis optica retrobulbaris mit Sehstörungen, auch mit Atrophie kommt häufig vor. Recht oft findet man Facialislähmung, aber auch mechanische Übererregbarkeit dieses Nerven (*Chvostek*sches Zeichen), ferner Neuralgien im Trigeminusgebiete. *Mingazzini* führt diese Lähmungen auf mikroskopisch nachweisbare perivaskuläre Infiltrationen und auf geringe Blutergüsse in oder um die Nervenkerne zurück. Vom spinalen Gebiete wird — wie dies *Marcus* hervorhebt — namentlich der N. ulnaris in Mitleidenschaft gezogen, während der radialis und medianus nur seltener beteiligt sind. Neben der einfachen Neuritis beobachtet man häufig eine Polyneuritis, welche das Bild einer Myelitis vorzutäuschen vermag.

Nicht selten sieht man bei der Encephalitis während der Influenzaepidemie epileptiforme Zustände, choreiforme, athetotische, klonische und tonische Zuckungen und Kontrakturen in verschiedenen Muskeln — so fand u. a. auch *Mingazzini* häufig isolierte Kontrakturen der geraden und obliquen Bauchmuskeln —, des weiteren Halbseitenlähmungen und Paresen mit oder ohne Sprachstörungen. *Mingazzini* hebt hervor, daß diese zerebralen Lähmungen niemals identisch waren mit jenen nach Läsionen der inneren Kapsel. Die Untersuchung konnte immer nur leichte Schwächezustände nachweisen, und es handelte sich bloß um polyneuritische oder radikuläre Paresen.

Gegenüber den motorischen Störungen treten jene der sensiblen Sphäre so ziemlich in den Hintergrund. Von seiten der Sinnesorgane fand ich sowohl bei den früheren, als bei den jetzigen Epidemien Abschwächungen, auch vollkommenen Verlust des Geruches und der Geschmacksempfindung. Die derart entstandenen Hyposmien, Anosmien, Hypogeusien und Ageusien blieben auch stabil. Ebenso hartnäckig pflegen die nach dem lethargischen Stadium auftretende Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und andere neuralgische Erscheinungen zu sein, und namentlich die Agrypnie trotzt jeder medikamentösen Behandlung.

Im fieberhaften Stadium der Influenza können für Meningitis charakteristische Symptome auftreten, so: heftige Kopfschmerzen, Benommenheit, Nackensteifigkeit, eingezogene Bauchdecken, alternierende Augenmuskellähmungen, Ptose, lebhafte Dermographie. Inkongruenz der Temperatur und Pulszahl, schließlich Hyperästhesien. Trotz der schweren klinischen Erscheinungen kann dieser Zustand in vollkommene Heilung übergehen. Bei letalem Ausgang findet man in der Mehrzahl der Fälle nicht die für Meningitis kennzeichnenden Veränderungen, weshalb viele annehmen, daß es sich in solchen geheilten Fällen bloß um eine seröse Meningitis handelt, während andere in diesem Symptomenkomplex eine eigenartige Form der Influenzainfektion, der epidemischen Encephalitis erblicken.

Ich hatte Gelegenheit, einen solchen Fall bei einer 30jährigen, blutsverwandten Eltern entstammenden, sonst gesunden und ihren Obliegenheiten stets tadellos nachkommenden Lehrerin zu beobachten, deren Temperatur bis 39,6° anstieg und mit den obenerwähnten Symptomen einherging; der Fall ist auch sonst bemerkenswert, indem bereits vor Manifestation der Influenzaerscheinungen psychische Störungen auftraten, wie dies auch bei anderen infektiösen Krankheiten als Inkubationsdelirium geschildert wurde, welche sich anfänglich als Vernachlässigungs- und Vergiftungswahn mit Verweigerung der Nahrungsaufnahme zeigten, dann in eine postfebrile Aufgeregtheit mit kurzen Halluzinationen und Illusionen übergingen.

Die Kranke wurde am 15. Juni 1920 in meine Klinik aufgenommen, fieberte, nahm während dieser Zeit keine Nahrung zu sich, war benommen; lebhafte Injektion der Bindehaut, Pupillen erweitert, Nackensteifigkeit, Schleimhäute des Mundes und Rachens stark gequollen und blutüberfüllt; reagiert nicht auf Fragen, starrt apathisch vor sich hin, reagiert schmerzhaft beim Druck auf den Nacken. Zeitweise Strabismus. Unrein. Zunge belegt. Athmen infolge Bronchitis zeitweise erschwert. Neben lebhaften Temperaturschwankungen bleibt der Puls selbst bei relativ niederen Temperaturen beschleunigt (bis 110). Am 11. Juli fieberfrei, Pulszahl 88. Die Kranke ist matt, gibt auf Fragen gezogene, unsichere Antworten, noch nicht vollkommen orientiert. Bei sich langsam bessernder Ernährung klagt sie am 14. Juli, daß sie jeder bespucke, ist am 16. verwirrt, lärmt, antwortet nicht auf die Fragen, klagt weinend, daß sie von der Mutter verflucht wurde, sie müsse zugrunde gehen, ein Affe liege neben ihr im Bett, sieht viele Hunde und Katzen, fleht, man möge sie retten. Am nächsten Tage etwas ruhiger, erkennt die Ärzte dem Namen nach, vermag sich aber nicht ihrer Aufnahme in die Klinik zu entsinnen, doch gibt sie ihre persönlichen Verhältnisse genau an; fieberfrei. Ist noch am 24. Juli ängstlich, fürchtet, ihre Mutter nie mehr wiedersehen zu können, klagt, daß man sich über sie lustig mache, sieht ein behaartes Tier in ihrem Bett. Am 31. Juli vollkommen ruhig und orientiert, pro-



meniert im Garten, erkennt ihre Umgebung, ist aber noch zeitweise vorübergehend schlecht orientiert, ermüdet rasch, Gehen und Sprechen fällt ihr schwer. Bei dem am 24. August aufgenommenen Status retrospectivus bekundet sie vollkommene Krankheitseinsicht, erwähnt außer den bekannten Halluzinationen noch, daß sie mitunter glaubte in der Hölle zu sein, dann sich im Himmel wähnte. Zeitweise hat sie noch ziehende Schmerzen in den Beinen, ermüdet rasch; Zunahme des Körpergewichtes von 50,6 Kilogramm auf 63,3. Die Kranke wird am 11. September geheilt entlassen. Seither erschien sie mehrmals in der Klinik und bekundet stets tadellose Gesundheit.

Das Virus der Krankheit greift mit besonderer Vorliebe die Ganglien des Hirnstammes an und verursacht funktionelle Störungen in den Extrapyramidenbahnen. Gestützt auf die pathologisch-anatomischen Befunde führt *Mingazzini* die Ursache des *Parkinson*schen Syndromes bei der epidemischen Encephalitis auf eine Läsion in der Gegend des Corpus striatum zurück. Bemerkenswert ist u. a. auch der Fall *Sarbo*s, welcher die Ursache des amyostatischen Syndromes im Anschlusse an eine Encephalitis klinisch in den Linsenkern lokalisierte, was durch Sektion und mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde. (Neurol. Zentralbl. 1920, Nr. 15.)

Im allgemeinen zeigen sich die psychischen Störungen bei fieberhaften Infektionskrankheiten entweder im Initialstadium (Inkubation) oder am Gipfelpunkte des Fiebers (Akmepsychosen) und im Stadium der Deferveszenz (postfebrile Psychosen), können mitunter aber auch nach kürzerer oder längerer Zeit im Stadium der Rekonvaleszenz auftreten. Die erste Form ist überaus selten, am häufigsten findet sich die postfebrile. Dasselbe Verhalten kann man auch bei den Psychosen während der Influenzaepidemie nachweisen. Im fieberhaften Stadium sind besonders häufig die Delirien und Dämmerzustände. Die Psychose kann oft auch während des Fiebers nach 1—2 Tagen aufhören, oder aber sie hält die ganze Fieberzeit durch, kann aber auch noch nach Abklingen desselben einige Zeit bestehen. Die längste Dauer findet man bei den postfebrilen Psychosen. In Übereinstimmung mit *Kleist* konnte auch ich feststellen, daß die Influenza zumeist eine depressive Stimmung im Gefolge hat, und daß die in ihrem Verlaufe auftretenden psychischen Störungen meist depressiv gefärbt sind. Wenn wir auch davon absehen, daß namentlich während der Epidemie des Jahres 1889/90 sehr häufig gehobene Stimmung mit manischer Erregung beobachtet wurde, darf der Umstand



keineswegs vernachlässigt werden, daß in der letzten Zeit die dem langen Kriege und den stürmischen Umwälzungen nach demselben entstammenden bekannten Ursachen mit ihren depressiven psychischen Einwirkungen im allgemeinen eine negative Färbung des Affektlebens in den Vordergrund schoben. Seit Jahren reagiert das Nervensystems gerade nach dieser Richtung intensiver, und man kann — wenigstens nach meiner persönlichen Erfahrung — auch in den von Infektionen unabhängigen psychischen Erkrankungsfällen das Hervortreten der depressiven Erscheinungen nachweisen.

Auf Grund eingehender klinischer Beobachtungen hebt *Kleist* folgende Zustandsbilder hervor, welche unter dem Einflusse der Influenza entstehen können: Dämmerzustände, Delirien, Halluzinose, Verwirrtheit (Amentia), hyperkinetische Erregungen (hyperkinetisch-akinetische Formen), Stuporzustände, Depressionszustände, und er will den Begriff der Amentia im Sinne *Meynerts* bedeutend einengen. Obwohl man zwischen diesen Formen oft keine scharfen Grenzen zu ziehen vermag, mancherlei Übergänge bestehen und die Symptome der einzelnen Formen sich teils im Anfange, teils im Verlaufe der Krankheit vermengen, so vermag die feinere Analyse der Symptome und Würdigung des Verlaufes dennoch gewisse kennzeichnende Eigentümlichkeiten festzulegen. Bezüglich der voneinander schwerer abtrennbaren Delirien und Dämmerzustände hebt *Kleist* folgendes hervor: „Von den Dämmerzuständen unterscheiden sich die Delirien durch ein Mehr an Symptomen in den Sinnestäuschungen und der eigenartigen deliranten Bewegungsunruhe, denen ein Weniger an Krankheitszeichen gegenübersteht, insofern als Auffassung- und Denkerschwerung, Desorientierung über Zeit und Ort nicht so hochgradig zu sein brauchen."

Die fiebernden Deliranten, welche ich beobachtete, berichten über ihre massenhaften und abwechslungreichen Sinnestäuschungen in dem Sinne, daß dieselben gleich den wechselnden Bildern einer kinematographischen Aufnahme auftauchen, sie eher nur Zuseher derselben wären und die Eindrücke bei ihnen die Reaktionen der Stimmung und Motilität ausgelöst hätten. Demgegenüber schien es, als ob die im Dämmerzustande Befindlichen die phantastischen Geschehnisse des traumhaft verwobenen Zustandes aktiv miterlebten. Des weiteren habe ich gefunden, daß die Erscheinungen der im Verlaufe der Influenzaepidemie auftretenden geistigen Störungen in gewissen Zügen an jene erinnern, welche ich bei meinen Lyssafällen beobachten konnte[1].

[1]) *Moravcsik*, Klinische Mitteilungen zur Lyssa III, 2. A. Z. f. Ps. 71. S. 28.



Die im Verlaufe der Influenza auftretenden Geistesstörungen nehmen zumeist einen günstigen Verlauf, ja auch die anderen Schädigungen des Nervensystems zeigen eine große Neigung zu gänzlicher Rückbildung. So z. B. die ausgeprägten Pupillendifferenzen, träge Lichtreaktionen, Ptose, Facialislähmung usw. Einzelne davon können überaus rasch verschwinden (Diplopie, Ptose, hyperkinetische Erscheinungen), obwohl vereinzelte konsekutive Störungen, wie: allgemeine Schwäche, Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, neurasthenische Empfindungen längere Zeit hindurch recht hartnäckig bestehen können. In schweren Fällen sieht man namentlich die Veränderungen sich mit Besserungen und Rezidiven, mit einem Schwanken der Symptome auf unbestimmbar lange Zeitdauer erstrecken. Seit Abfassung der Arbeit (März 1921) gelangten teils in meine klinische, teils in meine Privatbeobachtung mehrere Fälle epidemischer Encephalitis, welche an die *Parkinson*sche Krankheit erinnernde striäre Symptomenkomplexe zeigten. Einzelne bestehen bereits über zwei Jahre und gehen einher mit stets zunehmender Bewegungsunbehilflichkeit. Sie nahmen meistens ungünstigen Verlauf. Der Beginn dieser Erkrankungen war jedoch immer zurückführbar in die Zeit der Epidemie. Deshalb finde ich *Bychowski*s vor langer Zeit betonte Mahnung betreffs vorsichtiger Prognose sehr am Platze. Ein diesbezüglich lehrreicher Fall ist der folgende:

J. M. H. 40 Jahre alt, Gewerbmannsgattin, erkrankte im Jänner 1920, mit Temperatursteigungen bis 38,9, welche 2 Wochen lang dauerten. Es zeigten sich Schmerzen in den Gliedern, welche sich später am ganzen Körper verbreitet haben, weiter folgten Benommenheit, Delirien, Unruhe, Anxietas. Ihr Polster hatte sie für ein Kind gehalten, fühlte, daß man ihre Decke herunterziehe, am Plafond bemerkte sie verschiedene Gestalten, danach überfiel sie eine außerordentliche Schläfrigkeit, so daß sie auch bei Tag einschlief. Am 20. 2. 20 wurde sie in die Klinik für Psychiatrie und Nervenheilkunde aufgenommen, wo hypochondrische Beschwerden und eine depressive Verstimmung das Krankheitsbild beherrschten, ohne irgendwelche nennenswerten somatischen Erscheinungen. Sie verließ die Klinik am 7. 7. 20 in heiterer Stimmung. Zu Hause konnte sie die häuslichen Arbeiten gut verrichten, später stellte sich jedoch bei ihr allmählich eine besondere Mattigkeit ein, die Bewegungen wurden immer langsamer, sie wurde verstimmt, sprach wenig, zeigte starken Speichelfluß, konnte schwer schlucken. Am 1. 12. 21 wurde sie neuerlich in die Klinik aufgenommen. Hier bildete sich immer mehr der amyostatische Symptomenkomplex aus. Ihr Gang ist langsam, schwerschleppend, Gesichtsausdruck starr, liegt meistens im Bette, zeigt erhöhten Muskeltonus, allgemeine Bewegungsarmut, hat weit aufgerissene



oder geschlossene Augen, die Augenlider kann sie selbst nur schwer öffnen und schließen, aus dem offenen Munde fließt Speichel, Dysphagie, ihr Gespräch ist leise, gedehnt, die Stimme wimmernd, zeigt Salbengesicht. Fehlen jeder Initiative, wort- und regungslos, Antwort verspätet, adäquat. Im Laufe des Februar Anstieg der Temperatur bis 40,1° unter Erscheinungen von Bronchitis und Bronchopneumonie. Tod am 22. 2. Sektionsbefund: mäßige Schrumpfung des linken Linsenkernes, Tumor der Hypophyse, tuberkulöse Herde in der linken, Bronchopneumonie und bronchitische Herde in der rechten Lunge, hochgradige Atrophie des linken Leberlappens, Hyperämie der Nieren und Glottisödem. Die histologische Untersuchung ergab ein Adenom der Hypophyse mit Hyperämie und miliaren Blutungen. Unter Vorbehalt einer für später vorgesehenen ausführlichen Mitteilung seien hier mit Rücksicht auf den Raummangel bloß folgende Ergebnisse der histologischen Untersuchung kurz erwähnt: Nervenzellen der Hirnrinde zeigen im allgemeinen keine wesentliche Abweichungen weder bez. Form, noch bez. Anordnung, doch weisen diese an einzelnen Stellen Entartung mäßigen Grades auf, hingegen fand sich an mehreren Stellen Vermehrung und zellige Infiltration der Gefäße, Plasmazellen um die Gefäße und in der Hirnrinde, ferner starke Wucherung der Glia. Die schwersten Veränderungen zeigt der Linsenkern, besonders das Pallidum: vermehrte Blutgefäße, perivaskuläre und parenchymatöse Infiltrationen, Verkalkung der Gefäßwände, runde und polymorphe Gliazellen um dieselben, mit häufiger perlenschnurartiger Anordnung, große, häufig blasse Kerne der Gliazellen und zahlreiche Plasmazellen; mit Toluidin sich blaßrosa färbende rundliche, amyloide Gebilde verschiedener Größe. Hier fand sich auch Untergang der Nervenzellen in großer Zahl, Nekrose, Erweiterung der perizellulären Räume und Neurophagie (Toluidin, *van Gieson*, Hämatoxylin, *Weigert*, *Alzheimer*, *Nissl*). In Thalamus und Nucl. caudatus gleiche, aber geringere Veränderungen, in Oblongata kleine herdförmige Blutungen.

Besonders bemerkenswert erscheint der Fall dadurch, daß die *Parkinson*symptome nach Abklingen der psychischen Erscheinungen und scheinbarer Herstellung der Berufsfähigkeit langsam zur Ausbildung kamen, die Hypophysengeschwulst ohne klinische Symptome verlief, und durch die hochgradige Leberatrophie.

Wenn ich von den bereits erwähnten allgemeinen nervösen Störungen des Initialstadiums absehe, fand ich bei den 44, teils klinisch, teils ambulatorisch in meiner Klinik 1919/20 behandelten Fällen 29 mit geistigen Störungen und bloß 15 mit mehr oder minder ausgeprägten Erscheinungen von seiten des Nervensystems.

Zur ambulanten Behandlung gelangt die Mehrzahl der Kranken bereits nach Abklingen der akuten und stürmischen Erscheinungen, doch standen die genau erhobenen anamnestischen Daten stets im Einklange mit dem weiteren Befunde. Hiervon war bei 10 ein ganz kurzer, sich meist nur auf das fieberhafte und einleitende Stadium erstreckender, verschwommener, milder, deliranter oder



Dämmerzustand, und nur um weniges länger bestanden die hyperkinetischen Reizzustände. Die Haupterscheinungen waren: Benommenheit, Verwirrtheit, Desorientierung, Depressionen, Angstgefühle, Beklemmung, unzusammenhängende Sprache, meist visuelle und akustische Sinnestäuschungen (bloß bei einem 15 jährigen Mädchen bestanden auch unangenehme Geruchsempfindungen), hypochondrische Klagen, mangelndes Selbstgefühl; neben den Halluzinationen bestanden auch Zuckungen der Muskeln der Glieder und des Stammes, Jaktationen, unsichere und unzweckmäßige Bewegungen. Bei 11 Fällen fehlten alle psychotischen Erscheinungen. Die nervösen Ausfallerscheinungen bei den 21 ambulant behandelten Fällen verteilten sich folgenderweise: Schwindel in 7, Doppelsehen in 12, Schielen in 2, träge Reaktion der Pupillen mit oder ohne Differenz in 6, Ptose beiderseits in 1, rechts in 1, links in 2, linkseitige Facialisparese in 5, rechtseitige in 2, Zuckungen im Gesichte, um Mund und Augen oder im ganzen Körper in 8, gesteigerter Kniereflex in 11, abgeschwächter in 1, Steigerung des Achillessehnenreflexes in 7, Abschwächung desselben in 1, positiver Babinski beiderseits in 2, rechts oder links in je 2, Schlafsucht in 15, Schlaflosigkeit in 6 Fällen. Abgesehen von den zwei letztgenannten und den obenerwähnten Nacherscheinungen, erfolgte die Rückbildung aller Symptome sehr rasch. Dem Alter nach verteilten sich die Kranken wie folgt: 9 jährig 1, 10—15 jährig 5, 16—20 jährig 7, 21—25 jährig 2, 26—30 jährig 4, 31—35 jährig 2 Kranke. Neurose ohne psychische Störung bei 7 männlichen und 4 weiblichen, mit psychischen Störungen bei 4 männlichen und 6 weiblichen Kranken.

Von den 23 (1919/20) klinisch behandelten Kranken waren mit Geistesstörung 19, mit Erscheinungen der lethargischen Encephalitis 2, 1 Fall zeigte das *Parkinson*sche Syndrom, und 1 verschied an doppelseitiger Bronchopneumonie; bei diesem bestand neurologisch Polyneuritis mit Parästhesien der Glieder, dann Hyperästhesie, später Lähmung bei fehlendem Knie- und Achillessehnenreflex.

Bei den 19 klinisch behandelten Fällen mit Geistesstörung war hereditäre Belastung in 4 (darunter in 1 mehrfache), individuelle Überempfindlichkeit, Reizbarkeit und geistige Beschränktheit in 5 Fällen nachweisbar. Bei 5 bestand während der Krankheit Pupillendifferenz, teilweise mit träger Reaktion, und in 1 Fall Hippus. Bei 10 waren die Kniereflexe lebhaft, bei 6 abge-

schwächt und in 1 Fall fehlend. Babinski in je 1 Falle doppel-seitig, links und rechts nachweisbar. Parese der unteren Extre-mitäten in 2, Hyperästhesie in 2, Schwindel in 7, vorübergehend Diplopie in 1, Schielen in 1 Fall. Die psychischen Störunge kamen bei 4 Kranken während, bei 15 nach dem Fieber zu Ausbruche; in 3 Fällen handelte es sich um deliröse, in 2 u traumhaft dämmernde Zustände, bei 7 um hyperkinetische Auf regungen, bei 1 um massenhafte und überwiegend akustische Sinnes täuschungen, um Amentia im engeren Sinne und um stuporöse Zustand in je 1, schließlich um einfache Depression mit hypo chondrischer Färbung in 4 Fällen. Die depressive Färbung bilde jedoch bei allen Kranken den dominierenden Grundzug. Be merkenswert erschien, daß im Gegensatze zu den neurotische Formen, bei welchen die mehr oder minder flüchtigen Ausfallerschei nungen in größerer Anzahl vorkamen, gerade diese Sympton bei den Psychosen bedeutend seltener nachzuweisen waren un auch nicht die oft lange bestehenden nachträglichen Erscheinunge namentlich die Schlafsucht zur Folge hatten. Die Fälle mit psy chischen Störungen verteilten sich nach Geschlecht und Alte wie folgt.

Alter	männlich	weiblich	Alter	männlich	weiblich
7 jährig	1	—	21—25	—	4
9 jährig	1	—	26—30	—	3
10—15	4	1	26—40	—	2
16—20	1	2	Summe	7	12

Somit war das weibliche Geschlecht überwiegend erkrankt Von den männlichen Kranken waren es die jüngeren, 7—20 jäh-rigen, von den weiblichen die älteren, 21—40 jährigen, welche geisteskrank wurden. Hiervon wurden 10 geheilt, 4 gebessert 2 ungebessert entlassen (je 1 Kranker wurde nach einigen Tage nach Hause resp. in eine andere Anstalt übergeführt), und 3 sind gestorben und zwar an anderen mit der Influenza zusammen-hängenden Krankheiten (Bronchopneumonie, Nephritis. Magen-Darmstörungen usw.).

Als instruktive Beispiele möchte ich bloß zwei der klinisch be-obachteten Psychosen anführen. Bei Frau J. kam es unter psychomotori-scher Erregung infolge körperlicher Erschütterung durch motorische Un-ruhe und Kontraktion der Gebärmutter zu **spontaner Frühgeburt**, welche jedoch bloß eine vorübergehende, wenige Tage währende Be-ruhigung zur Folge hatte, nach welcher die Reizzustände in noch hef-

igerer Weise zum Ausbruch kamen. Der Abortus hatte also keinen wesentlichen Einfluß auf den Verlauf des Krankheitsbildes.

Der Fall der Frau H. wieder ist deshalb bemerkenswert, weil bei ihr die Infektion augenscheinlich schon vor der Geburt erfolgte und Kombination von Gravidität und Influenza den auch von anderen (*Curschmann*, *Dimitz*, *E. Meyer* u. a.) betonten ungünstigen Einfluß zeigte und trotz des raschen Todes dennoch sämtliche bei Influenzaepidemien nachweisbaren schweren Organveränderungen gefunden wurden.

Frau J., 24 jährig, Schlossersgattin, wurde am 1. 3. 20 aufgenommen. Vater mäßiger Potator, sonst keine Belastung. Körperliche und geistige Entwicklung normal, weder sie noch der Ehemann je luisch infiziert. Erkrankt 16 Tage vor der Aufnahme unter fieberhaften und katarrhalischen Erscheinungen, wird bereits nach einigen Tagen unruhig, will fortlaufen, so daß sie mit Gewalt im Bett gehalten werden muß. Singt, schreit und schwatzt verwirrt von Heiligen, Teufeln, Engeln, Hexen, fürchtet sich, daß diese sie entführen wollen; sieht Hasen, Menschen und Katzen. Wird später etwas ruhiger. Bei der Aufnahme Pupillen o. B., Schleimhäute der Lippen und Zunge trocken, schorfig. Lungengeräusche. Benommen; reagiert gar nicht oder kaum auf Fragen. Leidender Gesichtsausdruck, zeitweise verzerrt. Hochgradige motorische Unruhe, gestikuliert lebhaft in zügelloser Weise, streicht und schlägt sich selbst, wälzt sich herum, kniet nieder, kriecht auf allen Vieren umher, stützt sich auf die Ellbogen, legt sich auf den Rücken und hebt die Beine hoch, welche sie dann nach allen Richtungen herumbewegt. Rauft sich die Haare, zerreißt Bett- und Leibwäsche. Schreit oder murmelt unverständliche Worte. Ist zeitweise erschöpft und bekommt wegen Herzschwäche Adigan. Verweigert Nahrungsaufnahme, muß künstlich ernährt werden. Dauerbäder beeinflussen kaum die motorische Unruhe; im Bade klatscht sie das Wasser, spritzt es aus, wälzt sich in der Wanne herum, springt heraus, will fortlaufen. Gibt auf Fragen unzusammenhängende, sinnlose Antworten, erkennt weder die Umgebung noch ihre Angehörigen. Am 8. 4. derartige Steigerung der Unruhe, daß sie Mitkranke angreift, die Pflegerin beißt. Schreit ununterbrochen, total gestörte Assoziationen. Am 20. 4. etwas ruhiger, schläft viel. Spricht die Ärzte spontan an, behauptet eine Porzellanpuppe zu sein. Im weiteren Verlaufe wechseln ab hochgradige Unruhen mit freieren Intervallen. Verwechselt mitunter Ärzte und Kranke mit anderen ihr bekannten Personen, küßt einzelnen die Hand, stiehlt den Mitkranken Speisen, braucht oft triviale Ausdrücke, läuft umher, stößt Drohungen aus, zertrümmert die Fenster. Am 5. 6. Nm. plötzliche Gebärmutterkrämpfe; abortiert ohne Komplikationen eine Frucht von 4—5 Monaten. Nach dem Abort und am nächsten Tage ruhiger, geordnet und fieberfrei. Will aber schon am 8. nicht mehr im Bett bleiben, muß mit Gewalt zurückgehalten werden. Fragen werden richtig beantwortet, ist orientiert. 14. 6.: läuft umher, tanzt, singt. Am 17. 6. abermals verwirrt, will die Türe aus den Angeln heben, schreit, gibt unsinnige Antworten, läuft umher, muß ins Dauerbad gesetzt werden. Diese psychomotorische Agitiertheit hält bis zum 24. 7. an: schwatzt unzusammenhängendes Zeug, braucht triviale Ausdrücke, macht gegen das Fenster drohende Bewegungen. Wird dann ruhiger, geordnet, singt je



doch zeitweise ohne besonders heiteren Gesichtsausdruck. Am 31. 7. ruhig, verkennt jedoch die Ärzte, wird später gehemmt, spricht wenig, sitzt wortlos auf demselben Ort, der hyperkinetische Zustand geht in einen akinetischen über. Am 13. 8. geordnet, aber rasch ermüdbar, gut orientiert. Erinnert sich, zu Hause wegen fieberhafter Influenza zu Bett gelegt worden zu sein, doch keine Erinnerung an die Einzelheiten ihrer Krankheit, weiß bloß so viel, daß sie sehr unruhig war und viel geschrien habe. Zeitweise hörte sie Flüstern in ihr Ohr. Hat Krankheitseinsicht. Wird am 16. 8. geheilt entlassen.

Bei der 30jährigen Offiziersgattin Frau H. ist keine erbliche Belastung nachweisbar. War niemals krank, niemals getrunken. Menstruation seit dem 15. Lebensjahre in Ordnung, ist Mutter von 4 Kindern. Wird am 28. 1. 20 in die gynäkologische Klinik aufgenommen, wo sie bei kräftigen Wehen noch am selben Tage ein normal entwickeltes Kind zur Welt bringt. Plazenta nach 5 Minuten ausgestoßen, keinerlei Komplikationen seitens der inneren Geschlechtsorgane. Am 29. 1. unter starker Niedergeschlagenheit Temperatur von 39°, Dämpfung über rechter Skapularspitze und unterem Lungenlappen, mit bronchialem Atmen und Krepitationen. Allgemeinbefinden relativ gut. Am 30. 1. 38,5°, abends 39,2°, Hustenreiz, erschwertes Athmen. Zeitweise verwirrt, schreit laut, ruft Mann und Priester, ist schlaflos. Am 31. 1. unruhig, wirft sich im Bett umher, schwatzt, lacht; allein gelassen läuft sie zum Fenster, öffnet dasselbe, sucht hinter dem Ofen, horcht, spricht mit abwesenden Personen, will ins Nebenzimmer gehen, um Karten zu spielen. Perzipiert die Fragen, beantwortet dieselben sinngemäß, ist zeitlich und örtlich orientiert. Wird in die psychiatrisch-neurologische Klinik versetzt. Mittlerer Entwicklungs- und Ernährungszustand. Pupillen gleich, gut reagierend, Augenbewegungen frei, keine Facialisparese, keine Tremores, Kniereflexe gut auslösbar. Dämpfung über der rechten Lunge bis zur 5. Rippe, links Rasselgeräusche und Krepitation. Temperatur 39,3°, Puls 132. Liegt ruhig, Fragen werden entsprechend beantwortet. 2. 2.: liegt bewegungslos ohne zu sprechen, gibt keine Antworten, widerstrebt passiven Bewegungen, stöhnt zeitweise, setzt sich auf, klagt der Pflegerin, daß ihr Gatte sie nicht liebe, sich nicht um sie bekümmere, will hinausgehen, um den Mann zu rufen. Temperatur 41°, Adigan, Kampfer- und Koffeininjektionen und 30 cbcm polyvalentes Streptokokkenserum. 4. 2.: schlaflos, will aufstehen, ruft den Namen des Gatten, spricht zu diesem, wird später apathisch, erkennt den sie besuchenden Gatten, erkundigt sich nach den Kindern, schluckt die in den Mund geführten Speisen. Temperatur zwischen 39 und 40°; in den folgenden Tagen wechselt die Betäubung mit freieren Intervallen. Am 8. 2. verlangt sie vom Arzt Wein, spricht sonst nur einige Worte mit Schwierigkeit aus. Ist zumeist soporös, liegt unbeweglich, läßt Kot und Urin unter sich. Dieser Zustand steigert sich, liegt am 10. bereits unbeweglich mit geschlossenen Augen, reagiert selbst auf kräftigere Reize nicht, vermag nicht in den Mund geführte Flüssigkeiten zu schlucken, diese fließen wieder zurück. Am 11. 2. früh Tod.

Sektionsbefund: Bronchopneumonia confluens partim haemorrhagica lobi inferioris pulmonum et lobi sup. et medii pulmonis dextri. Pleuritis



ibrinosa bilateralis, bronchitis et bronchiolitis. Splenitis acuta hyper-
lastica. Ulcera pylori. Degeneratio majoris gradus cordis, renum, he-
atis. Uterus post partum. Hyperaemia majoris gradus meningum et
ubstantiae cerebri. Atrophia corticis, ependymitis granulosa.

Der Sektionsbefund ergibt also das Bild der sich vehement ent-
vickelnden, auf verschiedene Organe erstreckenden malignen Form, wie
vir sie namentlich während der Influenzaepidemie 1918/19 in größerer
Zahl beobachten konnten. Die im Laboratorium der Klinik vorgenommene
istologische Untersuchung ergab auch dementsprechende schwere Ver-
nderungen. Im Thalamus, in den übrigen Ganglien, in der Brücke, den
Brachia conjunctiva und im Kleinhirn waren schon makroskopisch punkt-
förmige Thrombosen und Blutungen sichtbar. Mikroskopische Unter-
uchung nach Formalinhärtung und Einbettung in Chloroform-Paraffin.
Färbungen: Hämatoxylin-Eosin, *van Gieson*, Toluidinblau nach *Nissl*
nd *Lenhossek* und *Alzheimer*s Gliafärbungen. Bei einigen Präparaten
wurde *Cajal*s Gliafärbung angewendet.

Mikroskopischer Befund: Pia stark infiltriert, Gefäße an vielen
Stellen mit Blut und Granulationen angefüllt, letztere auch in reich-
licher Zahl im perivaskulären Gewebe; veränderte Gefäßwandung, En-
dothelzellen entartet, Adventitialräume erweitert, Plasmazellen. Die
Stellen mit Blut und Granulationen angefüllt, letztere auch in reich-
licher Zahl im perivaskulären Gewebe; veränderte Gefäßwandung, En-
dothelzellen entartet, Adventitialräume erweitert, Plasmazellen. Die
Gliazellen sind auch in den obersten Rindenschichten vermehrt und ver-
größert. Hyaline Entartung der Gefäßwände in der Rinde, ebenda in
den Lymphräumen verschieden große Granula und zahlreiche Trabant-
zellen um die entarteten Nervenzellen. In der Richtung der Stamm-
ganglien werden die Veränderungen zunehmend stärker, die Kapillaren
prall gefüllt, ihre Wandung zerrissen und von zahlreichen Lymphozyten
umgeben. Die Ganglienzellen zeigen verschiedene Grade der Entartung.
Auch in der Marksubstanz sind hochgradige Veränderungen der Blut-
gefäße sichtbar, und große, mitunter perlschnurartig angeordnete Glia-
kerne. In den Cajalpräparaten färben sich die Kerne intensiver, aber
Gliafäden gelangten nicht zur Entwicklung (wahrscheinlich wegen Kürze
der Zeit). Im Kleinhirn sind die Fortsätze der Purkinjezellen an vielen
Stellen zugrunde gegangen, das Innere der Zellen homogenisiert und
schwach gefärbt, an vielen Stellen von ringartig oder haufenweise auf-
tretenden Gliazellen umgeben. Die bereits erwähnten Blutgefäßver-
änderungen und Blutungen finden sich in der Brücke, im roten Kerne
und den Strickkörpern. Um die verstopften Gefäße findet man in der
Nervensubstanz hellere, sich lichter färbende Inseln.

Hofstadt [1]) beschreibt 21 Fälle von periodisch auftretender Auf-
geregtheit aus dem Materiale der Münchener Kinderklinik. Die bis dahin
normalen Kinder zeigen tagüber ein geordnetes Verhalten, werden aber
gegen Abend matt, nach dem Zubettegehen unruhig, werfen sich umher,

---

[1]) *Hofstadt*, Über eine eigenartige Form von Schlafstörung im Kin-
desalter als Spätschaden nach Encephalitis epidemica. M. m. W. 1920,
Nr. 49.

hantieren mit dem Bettzeuge, schleudern die Decke fort, ziehen dieselbe dann wieder auf sich, strecken die Zunge heraus und spucken umher. Einzelne springen aus dem Bett, werfen sich zur Erde, schwatzen, singen, schreien. Zeitlich und örtlich sind die Kinder orientiert, geben auch sinnfällige Antworten. Sie sind nicht imstande, die motorische Unruhe, welche während der ganzen Nacht anhält, zu begründen; meist verfallen die Kinder erst nach Mitternacht oder gegen Morgen in einen 4—6 stündigen Schlaf.

Ähnliche Zustände beobachtete ich bei 3 Knaben in meiner Klinik. Der eine, 11 jährig, störte während seiner nächtlichen Unruhe und Schlaflosigkeit seine Zimmergenossen mit krächzenden, röchelnden Tönen, molestierte die Mitkranken und begoß sie mit Wasser. Bei einem 9 jährigen Knaben wiederholt sich mehrmals eine mit kurzen Unterbrechungen 1½—2 Stunden andauernde motorische Unruhe, während welcher er grimassiert, sich herumwirft, zittert, schreit, ächzt, nach der Mutter ruft, wie ungezogene Kinder zu tun pflegen. Tagüber schlief er zumeist, wurde aber auch zu dieser Zeit manchmal etwas unruhig und verweigerte die Nahrungsaufnahme. Der dritte Knabe, 7 jährig, wird gegen Abend wohl schläfrig, schläft auch einige Stunden, danach aber kommt es bei ihm zu einer fast unbezähmbaren Unruhe: er springt aus dem Bett, läuft umher, attackiert die Mitkranken, versteht aber Fragen und gibt auf sie nach bestem Wissen richtige Antworten.

Nach Abklingen der akuten epidemischen Infektion sah ich bei Kindern und überhaupt bei jüngeren Personen zumeist hyper-, hypo- und akinetische, hauptsächlich choreatische und athetotische Zustände, sowie Atembeschwerden, hinweisend auf einen Reizzustand des respiratiorischen Zentrums (periodisches, von verschiedenen Pausen unterbrochenes rasches, oberflächliches, fauchendes, rasselndes, tiefes Atmen, im Verlaufe dessen die Kranken ihre Kehle pressen), in welche an Hysterie, Torsionsspasmus und an *Wilson*sche Krankheit gemahnende Erscheinungen eingeschaltet sein können. Doch lassen sich diese als Folgezustände einer Encephalitis epidemica zwanglos erkennen, wenn man die Anamnese, das hohe Fieber zur Zeit der epidemischen Infektion, die mit nervösen Erscheinungen und nächtlicher Unruhe verbundene Schlaflosigkeit, die tagüber bestehende Schlafsucht, die Unbeeinflußbarkeit der hartnäckigen Symptome durch psychische und physikalische Suggestionen (Elektrotherapie, Dauerbäder, Einpakkungen), die unabsehbar lange Verlaufsdauer mit dazwischengeschalteten Pausen und den unaufhaltbar fortschreitenden Kräfteverfall vor Augen hält. Die allerschwersten psychischen und motorischen Erscheinungen können für einige Zeit durch Skopolamin gemildert oder gelöst werden. Die Voraussage muß schon



nit Rücksicht auf den langwierigen Verlauf als ungünstig be-
eichnet werden. Ich will bloß zwei diesbezügliche Fälle erwähnen.

Der 10jährige M. A., Taglöhnersohn, ist neuropathisch nicht be-
astet, zeigt normale Entwicklung, besuchte die Schule bloß ein Jahr
iindurch, erwies sich stets als fleißig und brauchbar. Winter 1919 eine
reimonatige fieberhafte Erkrankung, war zeitweise schlaflos und be-
regt Arme und Beine. Nach 6 Monaten stellen sich eigenartige Anfälle
in: rasches, oberflächliches Atmen, wobei er die Kehle preßt, so daß
r schwindelt und hinfällt, aber die Besinnung nicht verliert. Aufge-
iommen in die Klinik am 17. 12. 21. Mäßig entwickeltes, schwächliches
Kind. Pupillen reagieren etwas träge. W. R., Sachs-Georgi, Meinicke
iegativ. Patellarreflexe lebhaft, Achillesr. normal, Kremasterr. nicht
uslösbar. Chvostek positiv. Sensibilität normal. Perzeption gut, gibt
uf Fragen sinnfällige Antworten. Pat. verbleibt bloß kurze Zeit ruhig.
Zumeist röchelndes Atmen bei offenem Mund, neigt den Kopf nach
iinten, den Körper nach vorn und lehnt die Brust an einen Tisch oder
Stuhl und preßt den Hals so lange mit beiden Händen, bis das Atmen
ufhört und er umfällt. Steht auf Aufforderung sofort auf und antwortet
ichtig, doch beginnt der Anfall nach kurzer Zeit abermals. Aufgefordert,
ich ruhig zu verhalten, befolgt er dies nur ganz kurz, wobei er auch un-
behindert umherzugehen vermag. Der Zustand erweist sich als ganz
inbeeinflußbar durch verbale Suggestionen, sowie durch Elektrisieren,
Bäder und Packungen oder durch roborierende Maßnahmen. Bloß Sko-
polamin-Injektionen bringen Erleichterung, unter deren Wirkung er ruhig
iegt und normal atmet. Am Tage schläft er zumeist, ist nachts jedoch
inruhig, bewegt sich im Bett, verläßt dasselbe, läuft umher. Dieser
Zustand ist mehrere Monate hindurch unverändert, und Pat. muß unter
steter Aufsicht gehalten werden, um das Pressen der Kehle zu verhindern.

G. A., 15jähriger Kaufmannssohn, neuropathisch nicht belastet,
Lues nicht nachweisbar, entwickelte sich normal, war mittelmäßiger
Schüler, zeigt stets gutes Benehmen. Wird im Februar 1920 eines Abends
von stärkerer Unruhe befallen, läuft umher, wobei die Temperatur bis
39,5° ansteigt und 8 Tage hindurch zwischen dieser und 40,1° schwankt.
4 Tage hindurch ununterbrochene choreatische Bewegungen auch bei
Nacht; Pleuritis und Schlaflosigkeit. Danach Tag und Nacht Schläfrig-
keit, welche sich später insofern änderte, daß er nachts nicht schlief und
unruhig war. Im August 1920 Besserung, konnte die Schule besuchen.
Eines Tages fiel er daselbst zusammen, seither rapide Verschlimmerung
des Zustandes. War unfähig zu gehen, machte einige Schritte auf den
Fußspitzen, fiel um, machte mit den Händen ungeschickte Bewegungen.
Halluziniert zeitweise, sieht Gestalten und Menschen mit Schweins-
köpfen. Aufgenommen am 22. 1. 22. Mittlere Entwicklung und Ernäh-
rung. Augenbewegungen o. B., Pupillen reagieren in jeder Beziehung
gut, nicht entrundet. Grobschlägige Zitterbewegungen der Zunge, Sa-
livation. Faciales o. B., Temperatur 36,8°, Puls 120, Respiration 16.
Mäßig entwickelte Genitalien. Beim Stehen Pes equinus, während des
Gehens Spitzfußhaltung. Kann nur nach Aufforderung auf die ganze
Fußfläche auftreten. Muskeltonus im allgemeinen erhöht. Neigt den

Hals nach vorn, dabei straff gespannte Halsmuskeln. Der Muskeltonus kann bloß in den Armen leicht beseitigt werden, in den Beinen bleibt er fast unverändert. Liegt im Bett zusammengekauert, zieht die Knie fast bis an das Kinn, Knie- und Ellenbogengelenke maximal flektiert. Verbringt fast den ganzen Tag in dieser Haltung in Seitenlage. Atmet zeitweise schwer und rasch, röchelnd. Manchmal bewegt er sich ganz unbehindert, steht auf, verläßt das Bett, geht umher. Knie- und Achilles-sehnenreflexe beiderseits gesteigert, Klonus 0, Babinski positiv, Gordon und Oppenheim —, Chvostek —, W. R., Sachs-Georgi und Meinicke —. Während des Essens benutzt er die Hände mitunter gut, dann wieder muß er gefüttert werden. Ebenso kann er zeitweise seine Bedürfnisse selbst verrichten und das Klosett aufsuchen, dann wieder muß er hinaus-getragen werden. Sensibilität normal. Verhalten schwankend: liegt tagüber zumeist wortlos und regunglos, perzipiert die Fragen, gibt auf dieselben sinnfällige Antworten ohne Störung des Gedächtnisses. Ist bei Nacht unruhig, verläßt das Bett, schreit laut, läuft zu seinen Mit-kranken, verhöhnt dieselben, nimmt mannigfaltige Zwangshaltungen ein, läßt Kopf und Beine herabhängen, wirft sich zu Boden, geht gespreizt umher, stößt an die Wand. Gibt ganz absonderliche Erklärungen für seine Unruhe. Gesichtsausdruck zeitweise starr, dann wieder grimassiert er und lacht laut auf. Keine Veränderung während der klinischen Behand-lung, Agitationen wechseln ab mit Stereotypien, bizarren und stuporösen Zuständen. 14. 4. Die Mutter nimmt ihn bei unverändertem Zustand nach Hause.

Von den milderen psychischen Störungen können die Fieber-delirien in wenigen Tagen abklingen, während die das Fieber überdauernden, namentlich aber die im postfebrilen Zustand auf-tretenden psychischen Störungen, welche ich zu beobachten Ge-legenheit hatte, 10—16 Tage bis zu 6½ Monaten anhielten. Mitunter kommt es auch zu Rezidiven, und die Wiederholungen solcher infektiösen Psychosen verlaufen meist unter demselben klinischen Bilde.

Die Therapie richtete sich in meiner Klinik nach den haupt-sächlichen Erscheinungen. Abgemagerte, schwache, blutarme Kranke wurden roboriert, in erster Reihe mit leichter verdaulicher Kost, später kamen Stomachica, Eisen und subkutan Arsen zur Anwendung. Mit Rücksicht auf die häufigen Kollapse legten wir ganz besonderes Gewicht auf die Überwachung der Herztätigkeit und hielten Kampfer und Digitalispräparate stets zur Hand. Bei Schlaflosigkeit versagten die Schlafmittel zumeist; noch am besten bewährten sich Chloralhydrat und Paraldehyd, doch erheischen dieselben besondere Vorsicht, wenn es sich um geschwächte Kranke handelt. Oft sahen wir günstige Erfolge von protrahierten lauen Bädern. Dieselben, abgewechselt mit lauen feuchten Ein-

packungen, bewährten sich am besten bei der psychomotorischen Unruhe, bei welcher es jedoch häufig auch zur Anwendung von Skopolamin kam. Niemals sah ich besonderen Nutzen von der Injektion diverser Sera. Brom mit Codein war von recht gutem Erfolg bei Angst- und Oppressionszuständen. Bei Lethargie und psychomotorischer Hemmung sah ich günstige Erfolge von lauen kohlensauren Bädern, subkutanen Arseninjektionen und Mirion (intramuskulare oder intravenöse Injektionen), gleichzeitig mit *Blaud*schen Pillen und Aufenthalt im Mittelgebirge. Hierbei löste sich auch die häufige hartnäckige Schlaflosigkeit. Bei den Späterscheinungen verwendeten wir auch Elektrotherapie und milde Massage.

Heilung bzw. weitgehende Besserung einiger Fäll von Katatonie[1]).

Von

Med.-Rat Dr. **B. Berlit**-Landesanstalt Leipzig-Dösen.

Die ursprünglich so ungünstig gestellte Prognose der Katatoni rechtfertigt es wohl, über geheilte resp. weitgehend gebesserte Fäll zu berichten. Sind doch die Ansichten über Heilung oder Nichtheilun Katatoner z. T. erheblich auseinandergegangen, sodaß die eine (z. B. *Aschaffenburg* und *Bleuler*) eine Heilung im strengen Sinn überhaupt ablehnen, andere wie *E. Meyer* den Standpunkt vertreten daß nach längerer Zeit wieder auftretende Erkrankungen als Neu erkrankungen zu werten seien und man daher von „Genesungen" sprechen dürfe. *Kräpelin* bezeichnet es jedoch als unmöglich, de Punkt festzustellen, an dem es sich nicht mehr um ein Aufflacken des alten Krankheitsprozesses, sondern um eine wirkliche Neuer krankung handle.

Soviel ist wohl sicher, daß es keinen praktischen Wert hat, Pro zentsätze errechnen zu wollen, da naturgemäß die Voraussetzungen nach denen diese Berechnungen erfolgen, ganz verschieden sind Der eine Untersucher wird geneigt sein, einen Fall zur Dementi praecox zu rechnen, den ein anderer dem manisch-depressiven Irresei beiordnet, oder die Verteilung auf eine der drei Unterformen de Dementia praecox läßt den einen so, den andern so entscheiden So kann also schon die Umgrenzung der einzelnen Fälle das Bild ve schieben, herrscht doch hier noch manche Unsicherheit, wenn da natürlich für die Hauptmasse der Fälle auch nicht zutrifft.

Aber selbst für die Einordnung in die katatone Form der De mentia praecox entstehen dadurch Schwierigkeiten, daß man nich

[1]) Aus der Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna (Dir. Geh. Med Rat Dr. *Ilberg*). Nach einer Mitteilung auf der XXIV. Versammlun mitteldeutscher Psychiater und Neurologen am 23. Oktober 1921 i Dresden.

einmal auf Grund der „katatonischen“ Symptome ohne weiteres die Berechtigung hat, die Zuteilung zur Katatonie auszusprechen, trifft man doch so häufig diese sogenannten „katatonen“ Erscheinungen auch bei anderen Psychosen, insbesondere kann hier die Differentialdiagnose gegen Hysterie und manisch-depressives Irresein unter Umständen recht große Schwierigkeiten machen. So weist *Bumke* ganz besonders darauf hin, daß, wenn auch eigentlicher Negativismus und Manieren mit großer Wahrscheinlichkeit für Schizophrenie sprächen, doch ihr gelegentliches Vorkommen auch bei einer Reihe anderer Geisteskrankheiten feststehe. Noch viel weniger beweisen nach ihm die Flexibilitas cerea, Echopraxie und Echolalie.

Diese Unsicherheiten machen alle schon einen Vergleich der einzelnen Berichterstatter unmöglich.

Weiter aber würde zuerst einmal eine Einigung über den Begriff der „Heilung“ nötig sein. Solange hier noch keine Einheitlichkeit herrscht, muß jeder Berichterstatter zuvor sagen, was er unter „Heilung“ verstanden wissen will.

E. Meyer zieht hier die Grenzen weit; er ist sowohl bez. des Grades wie der Zeitspanne nicht übertrieben fordernd. Er bezeichnet die von ihm verlangte Heilung als „soziale“ Heilung, die er dann annimmt, wenn der Betreffende „seinen Beruf im wenigstens anscheinenden Vollbesitz seiner früheren geistigen und gemütlichen Regsamkeit wieder aufnehmen kann.“ Er fordert freilich auch eine gewisse „Beständigkeit“ dieses Zustandes, wenn man ihn wirklich als solchen anerkennen solle; verlangt jedoch nur „zum mindesten $^1/_2$, am besten ein ganzes Jahr dauernden Wohlbefindens dazu“. Wie *Meyer* von der „sozialen“, spricht *Räcke* von der „praktischen“ Heilung.

Jedenfalls weist *Kräpelin* mit Recht darauf hin, daß die gröberen Krankheitserscheinungen schwinden können und nur geringfügige Veränderungen von praktisch untergeordneter Bedeutung bleiben, die dann auch nur der aufmerksamen Beobachtung auffallen. Dazu kommt noch erschwerend für die Beurteilung hinzu, daß geringfügige, bereits vor der Krankheit bestehende Eigenheiten fälschlicherweise später dem Konto der Psychosen zugeschrieben werden können.

Weiterhin wird die Beurteilung noch dadurch erschwert, daß die einen im Hinblick auf selbst nach langer Zeit (10—20 Jahre) wieder auftretende Erkrankung eine ungemein lange Nachbeobachtung verlangen, andre hingegen die Ansicht vertreten, daß spätere

Erkrankungen nicht Rückfälle, sondern Neuerkrankungen seien und man deshalb von Genesungen reden dürfe.

Wie dem aber auch sein mag; für den Anstaltsarzt, der immer und immer wieder vom Publikum die Frage nach den Aussichten vorgelegt bekommt, kommt es erst in zweiter Linie auf eine „wissenschaftliche" Heilung an; in erster Linie muß er daran denken, daß es, wie *Petrén* sagt, „vom rein praktischen, sozialen Gesichtspunkt aus keineswegs gleichgültig ist, ob die Krankheit unmittelbar zum Blödsinn führt, oder ob der Kranke, bevor dies eintritt, so wiederhergestellt wird, daß er Jahre hindurch, vielleicht Dezennien lang, selbst sich seinen Unterhalt verdienen und für seine Familie so gut sorgen kann wie nur je zuvor". Ganz besonders hat der dauernd mit dem praktischen Leben in Berührung stehende Anstaltsarzt bei seiner Prognosenstellung auch zu bedenken, was unter Umständen davon abhängt für das spätere Geschick des Kranken, das Glück der Familie usf. Wie leicht kann es da z. B. zu einer übereilten Entscheidung im Sinne des § 1569 BGB. kommen u. ä. m.!

Daher möchte ich besonders mit Rücksicht auf die Anstaltspraxis über einige Fälle unserer Anstalt Mitteilung machen, die weitgehende Besserung bezw. Heilung aufzuweisen haben. Wohl wissend, daß die sogenannten katatonen Symptome nicht allein maßgebend für die Diagnose sind, habe ich nur die Fälle genommen, die wegen solcher in deutlichem Grade vorhandenen Symptome der katatonen Form der Dementia praecox zugerechnet werden mußten.

Von diesen acht Fällen sind 3 über $^1/$, 1 und $1^1/_2$ Jahr entlassen, die übrigen über 3 bis 6 Jahre. In Anstaltsbehandlung waren sie in der Dauer von $^1/_4$ bis zu 9 Jahren.

1. Fall. — A. H., 57jährige Witwe, Hausbesitzerin, ist frei von erblicher Belastung. Regelmäßige Entwicklung von Gemüt und Verstand; guter Schulerfolg. Danach 7 Jahre auf einer Stelle gedient. Mit 21 Jahren Heirat. Glückliche Ehe. 1913 Tod einer Tochter; dann langes Krankenlager des Mannes (14 Wochen) mit viel Nachtwachen und Tod desselben im April 1914; nach 14 Tagen Suizid eines Sohnes (Erhängen). Anfang Juni 1914 erste Auffälligkeiten von der Familie bemerkt: verkehrte Handlungen im Haushalt, motorische Unruhe, Fortdrängen, Schlaflosigkeit. Dazwischen vernünftig, aber ängstlich und besorgt für die Kinder. Verschlimmerungen traten besonders ein, wenn sie Kleidungstücke des verstorbenen Sohnes sah. Begann dann zu zittern, machte krampfartige Bewegungen mit Armen und Beinen, war widersetzlich, bisweilen auch angrifflustig. Kam daher in eine Bezirksanstalt, wo sie nach einigen Tagen Ruhe laut und unruhig wurde infolge von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Dann mehrere Tage Ruhe, um wieder gleichen Attacken Platz zu machen.



Am 14. 10. 14 Einlieferung in Sonnenstein. Kräftig gebaute, gut ıtwickelte und ernährte Frau. Hirnnerven o. B. Vergrößerte Schildrüse; innere Organe gesund. F. R. nicht auslösbar, sonst keine Störunən. Psychisch nach anfänglicher Unauffälligkeit laut schreiend und ımmernd, widerstrebend, leicht aggressiv; dann wieder ganz unzuänglich. Wortstereotypien, Echolalie, krankhafte Eigenbeziehungen, ıeatralische Gesten. Wegen starker Erregung sodann isoliert; nackt ıf der Matratze, stereotyp gestikulierend; spricht, einzelne Silben in leichem Rhythmus und Tonfall laut und unglaublich schnell aneinıderreihend, stunden- ja tagelang vor sich hin, ohne auch nur kurze eit auszusetzen; etwa: „Tatí-Tatángtalítaton Tagtalata-tataptalaptaton" sf. Kümmert sich nicht um ihre Umgebung, antwortet nicht; starker egativismus, spuckt einen Teil der gereichten Speisen wieder aus.

l. 10. 14. ruhig, stumpf, antwortet auf Fragen: „ich weiß nicht".
ı. 10. ablehnend, teils mutazistisch, teils verbigerierend.
ʾ. 10. vollkommen mutazistisch, gehemmt, negativistisch.
). 12. dauernd ruhig verhalten.
}. 3. 15. ganz vereinzelt perseveriert, meist jedoch mutazistisch in steifer Haltung.
). 5. unverändert.
l. 9. typisch kataton-stuporös.
3. 11. ab und zu aggressiv, rasch abklingend.
7. 12. stereotype Seitenlage halb unter der Decke, negativistisch, mutazistisch; ab und zu impulsiv.
3. 12. Entmündigungstermin: ganz verändert; sprach und war freier.
6. 12. nach dem Termin wieder das alte Bild.
3. 3. 16. plötzlich freier und zugänglicher; beschäftigt sich.
8. 3. weitere erhebliche Besserung.
0. 4. sehr fleißig, umgänglich, ruhig und unauffällig.
8. 5. erheblich gebessert nach Hause entlassen.

Schlußdiagnose: Dementia praecox catatonica.

Katamnese: Die H. besorgt jetzt noch (mit 64 Jahren) ihr Hausrundstück mit einigen Scheffeln Feld und ist sehr tätig; hat dauernd as Wohl ihrer Kinder im Auge und arbeitet mit gutem Gewinn und Veitblick in ihrer Wirtschaft völlig selbständig. Dabei ist die Stimmung ut; sie zeigt keine Auffälligkeiten, hat Einsicht in die überstandene Krankheit und entsinnt sich der letzten in der Anstalt verlebten Zeit ut. Sinnestäuschungen und Wahnideen sind nicht vorhanden. Sie eigt sich interessiert und urteilsfähig.

An dem Charakter der echten Dem. praec. catatonica dürfte bei lem so charakteristischen Bilde kein Zweifel sein. Sowohl katatone Symptome als Teilerscheinungen einer hysterischen, wie auch einer maıisch-depressiven Psychose können wir ausschließen, da weder irgendvelche hysterischen Stigmata vorhanden sind, noch der katatone Symıtomenkomplex sich an manisch-depressive oder zyklothymische Anfälle ınschloß: es handelt sich m. E. um einen geheilten Anfall von Spätkatatonie.

2. Fall. — Die 18jährige Kontoristin M. W. wurde der Anstalt



Sonnenstein am 14. Januar 1915 zugeführt. — Anamnese: Vater sehr nervös; Bruder der Mutter an progressiver Paralyse †. Entwickelte sich regelmäßig, war ruhig, in der Schule meist Klassenerste. Nach Besuch der gewerblichen Fortbildungsschule Kontoristin. Geordneter Lebenswandel. 1903, 1907, 1912 Gelenkrheumatismus; seit 1907 Herzleiden; damals auch einige Wochen Zuckungen in der rechten Hand. — Bei Zuführung im Beginn des 9. Monats Gravida. — Mitte November 1914 traten Zuckungen besonders im rechten Arm auf. Auch das rechte Bein beteiligte sich bald. Dann sprach sie weniger und manchmal unverständliche Worte. Nachts vom 29./30. November war sie unruhig und schrie ½ Stunde lang laut. Am 30. 11. ins Krankenhaus M. Daselbst zunächst stumm und apathisch und in anhaltender leichter choreatischer Unruhe. Abends erregt und von schreckhaften Halluzinationen geplagt. Darauf wechselndes Bild: bald heftig motorisch erregt, bald kataton starr und kataleptisch. — Meist war sie wortkarg, dann wieder antwortete sie, zunächst sinngemäß, um aber bald inkohärent zu werden. Worte und Gebärden deuten auf Halluzinationen. — Nach Sonnenstein übergeführt, zeigte W. keine Störungen der Hirnnerven, leichte Hypalgesie, Nichtauslösbarkeit der F. R. Gravidität im letzten Monat. Psychisch bestand große Hemmung, starrer Blick; bringt mit viel Mühe und nach langem Zögern ein „Ja" oder „Nein" hervor. Örtlich und zeitlich scheinbar desorientiert. Zeitweise geweint; meist mutazistisch. — Am 27. 1. 15 abends 8 Uhr schnelle und leichte Geburt eines Knaben. W. schien Freude über das Kind zu empfinden. — 29. 1. 15: Fährt dem Kind bisweilen impulsiv nach dem Gesicht. — 3. 2.: unruhig; „es riecht so; es rutscht alles runter". — 7. 2.: Taufe, bei der sie wenig Teilnahme zeigt. In den nächsten Tagen etwas freier, beschäftigt sich ein wenig. Ende des Monats öfter eingenäßt und in den Nachttischkasten defäziert. Zeigt bei Entdeckung keine Scham. — 1. 3. sinnlosen, inkohärenten, stereotypen Brief geschrieben. — 31. 3.: frei, umgänglich, möchte nach Hause, schreibt netten Brief, flott, sauber, spricht nett vom Kind darin. — 27. 3.: zeigt viel Interesse und Sehnsucht nach dem Kind. Fleißig auf Nähstube. Läßt freilich noch volles Verständnis für die durchgemachte Psychose vermissen. — 14. 5.: gebessert nach Hause entlassen. Diagnose: Katatonie.

Katamnestisch ist zu sagen, daß sie nach weiterer Erholung wieder ihre alte Stelle als Kontoristin einnahm. Später hat sie (nicht den Vater des Kindes) geheiratet und lebt jetzt mit diesem Manne (einem Reisenden) sehr glücklich; sie sieht gut aus, verrichtet ihre Hausfrauenpflichten zur vollen Zufriedenheit und füllt ihre Stellung gut aus. Etwas Stilles in ihrem Wesen ist nicht zu übersehen; sie ist aber voller Dankbarkeit gegen die Anstalt und einsichtig; von Zeit zu Zeit kommt sie einmal zu Besuch nach Sonnenstein, bringt auch ihren Mann dabei mit.

Die erblich und familiär belastete Kranke hatte offensichtlich 1912 sowie im Beginn der fraglichen Psychose 1914 leichte choreatische Erscheinungen geboten. Von früheren psychotischen Anfällen ist nichts bekannt. Auch diese Erkrankung begann wie der vorige Fall mit teilweise starker motorischer Unruhe. Scheinbar ist mit dem einschneidenden Ereignisse des Partus der Anstoß zu einer Besserung gegeben worden, wie dies verschiedentlich von markanteren Erlebnissen berichtet wird.



Jedoch wurde der Heilungsprozeß durch kurze Rückschläge hinausgezögert. Dieser wie der vorige Fall bestätigen den Erfahrungssatz, daß schneller Beginn und langsames Abklingen gern eine günstige Prognose geben. — Zweifel könnte nun freilich

Fall 3 erwecken: Die 23jährige ledige Schneiderin F. K. wurde am 29. 9. 19 in Sonnenstein aufgenommen Keine Erblichkeit. Regelrechte intellektuelle und gemütliche Entwicklung. Guter Dorfschulerfolg. Nach der Schulzeit Stubenmädchen, mit 16 Jahren schneidern gelernt. Geordneter Lebenswandel. War 1918 drei Wochen in einer Anstalt. Bei der Entlassung damals nicht völlig hergestellt; war zu Hause; zur Zeit der Menses aß sie nicht, schlief nicht, blieb stehen, war sehr ruhig. Besserte sich jedoch und galt seit Januar 1919 für normal; seit Mai 1919 wieder auffallender: schlief schlecht, glaubte vom Bräutigam verlassen zu werden, ohne Grund dazu zu haben. Machte am 21. 8. 19 mehrere ganz unsinnige Bestellungen in Geschäften, versäumte in der Wohnung alles, schloß sich ein; wollte Platz schaffen für eine andere Braut; machte fortwährend rein in der Wohnung; wusch und scheuerte. Aß nicht, schlief nicht, war mit sich selbst unzufrieden.

22. 8. 19: Aufnahme ins Krankenhaus zu F. Dort sehr unruhig, schrie fortwährend, spuckte umher, riß sich die Haare auf, neigte zu Gewalttätigkeiten, führte gemeine Redensarten gegen ihre sonstige Art. Am

29. 9.: nach Sonnenstein. — Körperliche Untersuchung wegen Widerstrebens schwer: Hirnnerven o. B.; Reflexe und Sensibilität dito. Psychisch: Orientiert, laut, ungeordnet, widerstrebend. Schneidet Grimassen, zeigt Negativismen und Maniriertheiten, besonders sprachliche. Stimmung sehr wechselnd. Reden werden bald zerfahren, verworren, zusammenhanglos. — Krankheitseinsicht fehlt. Keine Gedächtnisstörungen. Hie und da abgelenkt. Gesichts- und Gehörstäuschungen, auch solche von Geruch und Geschmack. Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen vorhanden, auch auf sexuellem Gebiet. — Erhält wegen störender Unruhe viel Nirvanol; Exanthem.

21. 10.: sehr ablehnend; spuckt viel; reißt.

30. 10.: unsauber, ablehnend.

24. 11.: freier, ruhiger, sauberer; noch vorlaut und abweisend.

30. 11.: umgeschlagen: erregt, benutzt das Eß- als Nachtgeschirr.

10. 12.: bessert sich. In den folgenden 3 Monaten allmählich immer freier und zugänglicher. Beschäftigt sich.

13. 4. 20: in gutem Zustand entlassen.

Katamnese: Katamnestisch ist zu bemerken, daß K. seit 29. 1. 21 sehr glücklich verheiratet und z. Z. Gravida ist; ist darüber sehr glücklich und froh. Spricht von ihrer einstigen Erkrankung ruhig und ungeniert. Führt den Haushalt mustergültig und mit großer Hingabe. Eine vor der Krankheit öfter wahrzunehmende Neigung zu Trotzköpfigkeit hat gesunder Einsicht und ruhiger Überlegung Platz gemacht. — Hier muß sehr wohl an die Möglichkeit einer manisch-depressiven Erkrankung gedacht werden. Wenn ich den Fall dennoch mit zur Katatonie rechne, so tue ich es wegen der größeren Anzahl katatoner Symptome, wie:



starker Negativismus, Grimassieren, Maniriertheiten, besonders der Sprache zusammen mit Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, sowie Gesichts-, Gehörs-, Geruchs- und Geschmackstäuschungen. Eigentliche Ideenflucht fehlte. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß K. 1 Jahr zuvor 3 Wochen in einer Anstalt war. Über den damaligen Zustand war nichts bekannt; sie wurde jedenfalls ungeheilt entlassen und galt erst vom Januar 1919 ab als genesen. Letzteres war aber die Ansicht der Angehörigen. Jedenfalls darf der Gedanke an ein manisch-depressives Irresein nicht ohne weiteres abgewiesen werden; doch halte ich mich auf Grund der *Bumke*schen Lehre, daß eigentlicher Negativismus und Manieren mit großer Wahrscheinlichkeit für Schizophrenie sprechen, zu dieser Diagnose hier für berechtigt.

4. Fall. — Das 17 jährige Dienstmädchen E. H. wurde am 12. 7. 15 der Anstalt Sonnenstein zugeführt. Über Erblichkeit ist nichts bekannt. Die H. entwickelte sich normal und war angeblich immer gesund. Als Ursache der Psychose wurde „zu schwerer Dienst" angegeben. In dieser zu schweren Dienststelle wurde die H. ängstlich und erregt und mußte daher gehen. Sie kam ins Krankenhaus, aus dem entlassen sie bald durch ihre Ängstlichkeit und zeitweise verwirrtes Wesen auffiel; nachts war sie unruhig und weinte viel; gab keine verständlichen Antworten. Auf dringliches Ansuchen wurde sie am 10. 11. 15 in die Anstalt X. aufgenommen; war in ängstlich-weinerlicher Stimmung, sprach kein Wort, schlief schlecht und lief aus dem Bette; sehr unruhig; verweigerte die Nahrungsaufnahme; in den folgenden Tagen ausgesprochen stuporöser Zustand, Mutazismus und Nahrungsverweigerung. Öfter Sondenfütterung. Andauernd schlechter Schlaf und Negativismus; stieß vielfach stereotype Worte aus. Dann leichte Besserung und 7. 12. 15 nach Sonnenstein. — Bei der Zuführung sehr ängstlich und widerstrebend; kommt öfter aus dem Bett und drängt heraus. — Körperlich zeigte sie außer einem Habitus phthisicus und etwas lebhaften P. R. sowie mäßiger Flexibilitas cerea nichts von Besonderheit. — Psychisch bot sie Negativismus, Mutazismus und Angst; gehemmt, gebunden, kataleptisch. Gesichtstäuschungen; regunglose starre Haltung; abstiniert; unsauber mit Kot und Urin.

8. 12. 15: weint öfter.
10. 12.: scheuert mit dem Kopf an der Wand. Will durch die Fenster. Öfter gehemmt.
13. 12.: spricht hie und da halblaut: „Der Kopf muß runter"; drängend, unsicher.
18. 12.: abstiniert, mutazistisch, neigt zu Selbstbeschädigung.
10. 5. 16: wird freier, ruhiger, klarer, leidlich geordnet; beginnt zu stricken.
8. 6.: noch vielfach wechselnd.
15. 7.: läppisch, vorlaut, reizt andere, einsichtslos.
15. 9.: kindisch, läppisch.
6. 4. 17: dauernd fleißig.
1. 5. 18: bis heute gut gehalten. Wird als „soweit geheilt" entlassen und nimmt eine Stelle als Hausmädchen bei einer Putzmacherin in P. an.



Katamnese: Bei der Putzmacherin hat sich H. dauernd vorzüglich gehalten. Ich habe sie oft gesehen und gesprochen. Sie war immer geordnet, freundlich, fleißig, ging sauber und adrett, lernte auch nebenbei mit im Geschäft. Sie ist völlig unauffällig geblieben und macht den besten Eindruck.

Nach anfangs ängstlicher Erregung trat hier bald ein katatoner Stupor mit Mutazismus, Nahrungsverweigerung, Negativismus und zeitweisen Wortstereotypien auf. Körperlich war Flexibilitas vorhanden. H. zeigte noch lange ein reizbares, vorlautes, läppisch-kindisches Wesen. Auch hier dürfte die Diagnose keinem Zweifel unterliegen. — Auch

Fall 5 kam unter den klassischen Symptomen einer Katatonie zu uns. Vom 20. 4. 20 bis 1. 4. 21 wurde die 34 jährige Lehrschwester M. Th. in Sonnenstein verpflegt. Deren Vater ist angeblich geisteskrank in einer Anstalt †. Patientin selbst lernte leicht, hatte 1 b in Fortschritten. Nach der Mutter Tod mit 17 Jahren bis zum 28. Jahr dem Vater die Wirtschaft geführt. Bis 1918 verschiedene Tätigkeit. Dann wegen „Nervenschwäche, Kopfschmerzen und Mattigkeit" in verschiedenen Nervenheilanstalten. März—April 1920 in einem Gemeinschaftsdiakonissenhaus erkrankt; beschuldigte Mitschülerinnen des Diebstahls und Lügereien, was nicht stimmte. War mißtrauisch, behauptete, es sei eine Verschwörung gegen sie im Gange. Am 18. 4. 20 plötzlich große Unruhe, mußte isoliert werden. Am 19. 4. sehr laut, fühlte sich beeinträchtigt. — Bei der Zuführung in die Poliklinik des Maria Anna-Heims in Pirna hält sie die Augen geschlossen, muß geschoben werden. Zunächst persönlich, örtlich und zeitlich orientiert; plötzlich pathetisch, hört Stimmen, schreit laut, Personenverkennung usw. Geziert-akzentuierte Sprechweise. Klagte a. B. über Nadelstiche in der linken Schläfe, als ob sie Strahlen träfen; um den Kopf sei ein eiserner Ring; in der Nacht seien Schnellzüge gerast usw. Daher am 20. 4. 20 in die Anstalt Sonnenstein verbracht, wo sie sich bei der Aufnahme widerstrebend zeigt. Die Augen hält sie fest geschlossen, die Haltung ist ganz steif, die Beine an den Körper herangezogen, die Füße beim Bad hoch gegen den Wannenrand gestemmt, die Arme leicht erhoben. Muskulatur gespannt, alle Glieder in steifer Haltung. Äußerster Negativismus, völliger Mutazismus, ausgesprochene Flexibilitas cerea. Muß gehoben und getragen werden. — Diagnose: Katatoner Stupor.

Th. zeigte weiter Impulsivität, die aber rasch und unvermittelt wieder in Stupor umschlug. Auch zerbrach sie Geschirr, wurde laut, bellte wie ein Hund, lachte plötzlich unmotiviert, zeigte Personenverkennung. Gelegentlich ergab sich, daß sie durchaus orientiert war. — Schon am zweiten Tag so wüst, daß sie isoliert wurde: goß das Essen unter das Bett, warf die Matratze heraus, turnte auf der Bettstelle herum, war laut, näßte nach dem Essen in die Schüssel, verunreinigte die Matratze, sang, klopfte an die Tür. So ging es tagelang, wobei Stupor und Erregungszustände wechselten, zeitweise Mutazismus, Negativismus, Grimassen, Manieriertheiten und Stereotypien auftraten. Auch Sinnestäuschungen wurden zugegeben (Vogelsingen usw.). Personenverkennungen waren zahlreich. — Diagnose: Katatonie aufrechterhalten. — In den nächsten Tagen starre Haltung, dann sinnloses Gerede, starke Verbi-



gerationen (Gletscher, Gletscher, Gletscher, pitsche-patsche naß usw.). Vorbeireden. — Weiterhin wüst, unsauber, schimpfend, gewalttätig, spuckte alles voll, ist laut, wird isoliert. Starker Wechsel im Befinden. So geht es von April 1920 bis 19. Januar 1921, wo sie ganz plötzlich vollkommen geordnet, klar, freundlich, zugänglich und einsichtig wurde. Verlegung auf ruhigen Saal. Sagt: es sei ihr wie nach einer 100 jährigen Wanderung nach Jerusalem (am 22. 1. 21). — Schreibt einen langen, klaren und geordneten Brief an die Ihren, worin sie über ihren Zustand spricht, besonders über ihre Besserung; z. B.: „Seit 8 Tagen hat erst der Verstand so eingesetzt, daß er die äußere Realität und Wirklichkeit fassen lernte. Es kam ganz urplötzlich, nämlich die Tatsache, daß ich mich in einer Irrenheilanstalt befinde." Sie schreibt, wie ihr der Krankheitsbeginn weit zurückliegend erschienen sei, daß sie gar kein rechtes Zeitbewußtsein gehabt habe; „mir dünkte, es müßte eine ganze Reihe von Jahren vergangen sein. Die gesamte Menschheit wandre der Seligkeit entgegen" usw. Sie kam sich verlassen, hilf- und ratlos vor, fühlte sich gehemmt, die Zeit wollte nicht stimmen. Da sei ihr plötzlich in einer Stunde das Licht aufgegangen. Langsam nach inneren Kämpfen hätten sich ihr nun Erinnerungen zusammengestellt, und der Geist werde ruhiger. Sie macht sogar Pläne; die Missionsarbeit müsse sie, wie sie einsehe, meiden, wolle aber körperlich arbeiten, vielleicht in einer Gärtnerei. — Sie zeigte sich weiter völlig klar und einsichtig, schrieb auch am 3. 2. 21 noch einen ausführlichen Brief an einen Bruder über ihre Krankheit, Genesung und Pläne. „Ich vermutete, eine ganze Reihe von Jahren sei vergangen ... Denn da habe ich mich durchaus nicht nett betragen... Gott Lob, daß ich erwachen durfte... so viele schöne Bilder hatten mich in eine andre Welt versetzt. Nun aber der Verstand richtig einsetzte, wurde mir die Kluft klar... Ich spürte Euch öfter und sah Euch nie..." — Das gute Befinden hielt an. Th. war dauernd gleichmäßig guter Stimmung, einsichtig und dankbar und blühte körperlich auf (10 kg Zunahme). Am 1. 4. 21 wurde sie zu ihren Geschwistern entlassen.

Katamnese: Seit 1. Juni 1921 ist die Th. als Pflegerin einer älteren Dame auf einem großen Gute tätig. Sie zeigt für alles Interesse, vorwiegend auch wieder für Missionsangelegenheiten. Etwas ernst ist sie freilich; es besteht aber vollständige Krankheitseinsicht. Das körperliche Befinden ist gut.

Auch dieser Fall zeigt zum mindesten eine soweit gehende Besserung, daß man ihn als gute „praktische Heilung" ansprechen darf, wenn nicht als genesen. Sie ist zwar, wie die Katamnese ja besagt, „etwas ernst". Bei ihrer scheinbar aber von je etwas tieferen religiösen Veranlagung kann man diesen Zug wohl nicht ohne weiteres als Krankheitsrest betrachten. Jedenfalls wird das wichtige Erfordernis „vollständiger Krankheitseinsicht" erfüllt.

Mit Recht ist die Krankheitseinsicht ein vielgenanntes Kriterium für die Heilung. Gerade diese Kranke sprach ja vielfach während der letzten Zeit ihres Hierseins selbst von Wahnideen und Verkennungen und erkannte mit einem deutlichen Gefühl der Beschämung ihr schwer erregtes Benehmen während des Anfalls als „krankhafte Erscheinung"

an; sie sah die Notwendigkeit, daß sie so und so behandelt werden mußte, ein und war außerordentlich dankbar gegen uns alle. — Der nächste

Fall 6 zeigt die längste Krankheitsdauer — 9 Jahre — und ist besonders interessant durch die eingehende Schilderung der Krankheit nach ihrer Genesung. Es handelt sich um eine typische Schizophrenie. — Die 1862 geborene Privata M. N. ist insofern erblich belastet, als zwei Tanten väterlicherseits melancholisch waren. Sie selbst war etwas leidenschaftlicher Natur, schroff und rechthaberisch. Im übrigen entwickelte sie sich normal. Vor ihrer Erkrankung zeigte sie großes Interesse für kirchliche und wohltätige Bestrebungen. Der Lebensgang war geordnet. Als Kind machte sie Typhus durch. — Sie wurde bereits am 3. Mai 1909 in eine Irrenheilanstalt aufgenommen und kam von da aus am 13. 8. 14 nach Sonnenstein. — Im Anfang ihrer Erkrankung äußerte sie melancholische Ideen: sie müsse weg, vor das Gericht; machte sich Vorwürfe wegen Gotteslästerung; sie werde exkommuniziert u. ä. Jedenfalls hatte sie auch Halluzinationen. Öfter Nahrungsverweigerung, die sie damit begründete, daß das Essen einen eigenartigen Geschmack habe. Glaubte, man wolle sie vergiften. Ging öfter nackt aus dem Zimmer und erklärte, sie handle unter einem Zwang, dem sie nicht widerstehen könne; äußerte einmal Selbstmordgedanken. Nahrungsaufnahme anhaltend ungenügend. Gewicht sank bis 72 Pfund. Später lag sie jahrelang teilnahmlos im Bett, reagierte kaum auf Fragen oder Aufforderungen; meist hielt sie sich die Ohren zu und vergrub das Gesicht in den Kissen. Ab und zu schlug sie nach der Pflegerin oder dem Arzt. Ernährungszustand bei Zuführung in Sonnenstein recht mangelhaft. Hier zeigte sie sich bei der Zuführung völlig mutazistisch und bekundete keinerlei Teilnahme für die neue Umgebung. Im Bett legte sie sich auf die Seite, das Gesicht nach der Wand gekehrt, die Ohren fest zuhaltend, keine Frage beantwortend. Jedoch aß sie, setzte sich auf, kleidete sich an und ging auf Aufforderung in den Garten. Bei dem starken Negativismus war natürlich eine somatische Untersuchung unmöglich. Soweit zu prüfen, zeigten Hirnnerven und Reflexe keine Störungen; eine geringe Hypalgesie war nicht auszuschließen. Zum Zweck eines genaueren psychischen Status konnte man nicht mit ihr in Verbindung treten, da sie in der Folge dauernd das Bild des ausgesprochenen katatonen Stupors bot: stärkster Negativismus, völliger Mutazismus, stereotype Seitenlage mit abgewandtem Gesicht, dies in die Kissen versteckt, den rechten Zeigefinger tief im rechten Ohr. Durch die dauernde Linkslage tritt ein leichtes Othämatom an dieser Seite ein. Infolge des ungenügenden Essens starke Körperschwäche. Daher am 21. 1. 15 Ohnmachtanfall, seit welchem sie sich auch öfter auf die rechte Seite legt. Infolge besonderer Diätzusammenstellung bald Erholung und Schwinden skorbutartiger Hautblutungen. Viel Ausfahren im Fahrstuhl. Im Mai 1915 ab und an Öffnen der Augen und Betrachten der Umgebung, um aber sofort wieder bei Beobachtung die Augen zuzukneifen. Lagewechsel wird regelmäßig veranlaßt durch Umstellen des Bettes, da sie stets mit dem Rücken gegen die Wand zu liegen bestrebt ist. Im Oktober 1915 interkurrente, leicht fieberhafte Erkrankung dunkler Ätiologie (Tonsillen?) mit rascher Erholung (5 Tage). Erzählt der Mutter bei ihrem Besuch von ihrer Unpäßlichkeit, sprach sonst nicht. Im folgenden Viertel-



jahr einige Male geringe Herzschwäche. Am 17. 2. 16 zweimal spontan mit der Schwester gesprochen. Am 9. 3. 16 der Mutter erzählt, sie dürfe nicht mit Arzt und Schwester reden. Während sie im Mai 1916 zur Schwester ab und zu einen Wunsch äußerte, war sie gegen den Arzt noch ablehnend und stumm. Äußerte am 21. 12. 16; „Die Gesichter der Schwestern veränderten sich immer; sie könne sie nur erkennen, wenn sie sie anfasse; draußen laufe auch immer ein kleiner Mann in weißem Mantel umher; es müßten da auch Tiere umherlaufen; sie habe Sorge, daß diese auch mal zu ihr ins Zimmer kämen." Am 19. 9. 17 blickte sie dann den Arzt zum erstenmal seit ihrer Aufnahme mit großen Augen an und reichte ihm wortlos die Hand; am 21. 9. sprach sie die ersten Worte zu ihm, lächelte öfter, zeigte gute Beobachtung der Vorgänge und z. T. recht treffende Kritik. Am 23. 9. sprach sie auch mit Kranken der Station und schrieb ihrer Mutter eine Karte. Schon am 24. 9. aß sie zum erstenmal mit am Tisch auf Wunsch. Nun ging es sehr rasch vorwärts. Am 8. 10. sprach sie sich gegen den stellvertretenden Direktor aus, wobei sie vollständige Krankheitseinsicht verriet, ihre Dankbarkeit und Freude betonte, sich vollständig natürlich und von guter Dialektik zeigte, sehr anschaulich die Gefühle der Hemmung schilderte, die sie am Reden verhindert hätten. Hatte viele imperative Halluzinationen, auch viele Stimmen, die ihr „sehr Häßliches" nachsagten. Auch in wachem Zustand wurden ihre Gedanken, z. B. beim Lesen, noch laut. Dafür bot sie Krankheitseinsicht. — In der Folge zeigte sie meist etwas gehobene Stimmung und Vielgeschäftigkeit, überschätzte ihre Kräfte leicht und mußte mit einer gewissen Vorsicht angefaßt werden, da sie bisweilen etwas empfindlich war. Will ihren Lebenslauf drucken lassen und zugunsten armer Mitkranken verkaufen. Auch nimmt sie sich in etwas unerwünsehter Weise einiger Patienten an, überzeugt von ihrem guten Einfluß auf diese. Auf Vorstellungen empfindlich, etwas mißtrauisch. Erzählt am 18. 1. 18, daß ihre Mutter beim letzten Besuche plötzlich wie ein schwarzer Kater mit krummem Rücken auf einem Stuhle sitzend ausgesehen habe und daß sie zwei Nächte, wenn sie erwachte, noch habe darüber lachen müssen. 20. 1. 18: Sah nachts ihre Hände als junge Hundepfoten. Auch noch in der nächsten Zeit mißtrauisch, reizbar, hypomanisch („ihre Postsachen seien nicht richtig ausgehändigt worden; ihr Bruder sei in große Klatschereien im Erdgeschoß mit hineingezogen worden"). Vielgeschäftig, schreibselig. — 22. 3. 18: „es sei ihr Schlafmittel ins Kompott gegossen worden". Hat nachts noch „Gedankenlautwerden". Nach und nach wieder ruhiger. Am 20. 4. äußerte sie aber noch einmal zur Schwester: „es sei mit Scheinwerfern in ihr Zimmer geleuchtet worden; man habe vielleicht sehen wollen, ob sie ruhig zu Bett liege; wahrscheinlich sei es ein Flieger gewesen". Auf ihr lebhaftes Betreiben wurde sie schließlich am 16. 5. 18 „gebessert" aus der Anstalt entlassen.

Katamnese: Was den Fall besonders interessant macht, ist der Umstand, daß die Patientin einmal „Erinnerungen" über ihre Krankheit (ein Quartheft voll) geschrieben hat und dann in reger Verbindung mit Anstalt, Ärzten, Geistlichem und Personal geblieben ist. Sie kommt oft zu Besuch und verbrachte sogar vom 15. 7. bis 8. 8. 1919 nochmals freiwillig gewissermaßen ihre „Sommerfrische" in Sonnenstein. Ihre



Notizen stellen immer wieder das religiöse Moment besonders stark in den Vordergrund, wie auch ihre Briefe und mündlichen Äußerungen. So sagt sie gleich im Anfang: „,...und wie der Höhepunkt erreicht, das Maß der Leiden voll war, tat Er ein Wunder und nahm den furchtbaren Bann von mir.“ Sie erzählt dann ausführlich, wie sie „apathisch“ wurde, dann in einem Moment der Erregung allerlei zerstörte, auch geistliche Bücher. Darauf habe sie die Angst überfallen, daß sie die „Sünde gegen den heiligen Geist“ begangen habe; die Unruhe wuchs, sie hielt sich für die Schande der Familie und bat, sie fortzubringen. Aus Angst, daß dann ihre Katze verlassen sein würde, wollte sie diese erdrosseln, wurde aber dabei gestört. Nunmehr wurde sie in eine Anstalt verbracht. Von da ab hätte sich ihr Zustand verschlimmert. Sie erzählt sodann eingehend ihr Verhalten während des Stupors, beschreibt genau den Zwang, unter dem sie dies und jenes tat; sie fürchtete immer, den Ihrigen und der Umgebung zu schaden, was sie besonders peinigte. Sie beschreibt, wie sie sich einmal habe in der Badewanne ertränken wollen, spricht über allerhand optische halluzinatorische Erlebnisse und damit verbundene Angstzustände usw. Sie sah Bilder und Gesichter auf der Bettdecke, in den Falten der Vorhänge, in den Sträuchern und Bäumen des Gartens, wo eine Frauengestalt saß; auf den Fensterscheiben sah sie Landschaften, ein Strauch wurde zu einem riesigen grünen Gesicht; auf einem Tisch sah sie Schattenbilder, Darstellung verschiedener Todesstrafen. Dann erzählt sie, wie sie über sich Gelächter hörte, die Stimme eines Teufels, der sie auslachte usf. Menschliche Schritte, knarrende Türen, Lokomotivpfiffe, Fächer, die geöffnet wurden, Glockenläuten, Hundebellen sprachen zu ihr. Neben ihr, meist links, stand 4 Jahre lang die Gestalt eines ihr unbekannten Herrn, etwa bis zur Taille, in schwarzem Rock mit schwarzer Krawatte, mit blassem, klugem Gesicht, der alle ihre Gedanken nachsprach. Später verhüllte er den unteren Teil des Gesichts mit einem weißen Tuch, wurde kleiner und verschwand nach und nach; aber es kamen immer wieder andere Gestalten. Sie hörte die scheußlichsten, häßlichsten, gemeinsten Dinge, die sie früher nie gedacht hatte, und sah die Menschen in den verfänglichsten Situationen; sie fluchte und lästerte Gott und war öfter gewalttätig (als Äußerung der Verzweiflung). — Weiter erklärt sie ihre Erkrankung aus ihrer religiösen Überzeugung heraus damit, daß Gott dies zugelassen habe, „weil er höhere Zwecke mit ihr vorhatte“. Ihr Fall habe vielen beweisen sollen, daß noch Wunder geschehen usw. Die ganzen Notizen sind übrigens von zahlreichen religiösen Bemerkungen, Zitaten usw. durchsetzt, entsprechend ihrer von je starken Religiosität. — Sie erzählt dann, wie sie zwangmäßig unsinnige Handlungen verrichtete, z. B. nackt in Zimmer, Gang und Garten lief, sich neben bzw. unter das Bett legte u. dgl. m. Weiter trieb sie mit Eigennamen in Gedanken Spielereien, meist auf Grund von Klangassoziationen. Die Personen kamen ihr damals teils größer, teils kleiner vor, auch in ihren Bewegungen unnatürlich verzerrt. Um die Gespräche bei Tisch nicht hören zu müssen, dachte sie sich Verse aus, die sie immer innerlich vor sich hersagte und mit dem Wechsel der Verhältnisse in der Umgebung abänderte, auch erweiterte, schließlich zwangmäßig dauernd wiederholen mußte, um sie bei ihrer Genesung in 2 Tagen völlig zu vergessen.



Zwangmäßig rechnete sie dann etwa 1 Jahr lang in Gedanken immer Zinsaufgaben mit größter Leichtigkeit, mischte auch viele französische Brocken in ihre Gedanken. Allmählich konnte sie aber keinen klaren, zusammenhängenden Satz mehr denken. Sie vergleicht ihre Gedanken hierbei mit einem „Topf feinsten Grieß". All dies wird ziemlich weit ausgeführt. Auch Tiere stellte sie sich vor, besonders Schlangen, glaubte z. B., in ihrer Station sei im Erdgeschoß eine Boa constrictor hinter einer Glaswand, deren Käfig mit den Schleusen in Verbindung stehe, so daß sie beim Fahren über den Schleusendeckel im Garten stets Angst vor dem Hineinstürzen zur Schlange hatte. Noch vielerlei sah sie, z. B. Leichen, Menschentorsos usw. Sie spricht weiter über allerhand Maniriertheiten und Verschrobenheiten sehr ausführlich, sowie über Mengen von Zwangsgedanken usf. — Am Schluß erzählt sie, wie ihr eines Abends der Gedanke kam, daß sie möglicherweise n i c h t verdammt sei; sie überwand sich, darüber einmal mit der Schwester zu sprechen, und fühlte sich sofort freier. Die Zusicherung des Geistlichen, daß, da sie doch die religiösen Bücher bei gesundem Verstand nicht zerstört haben würde und somit eine Verantwortung sie nicht treffe, habe ihr die Überzeugung gegeben, daß sie n i c h t gegen den heiligen Geist gesündigt habe. Mit Freude und Dank sei sie nun immer freier geworden.

Ich möchte am Ende des Falles noch bemerken, daß, so ausgezeichnet das Endresultat bei der Kranken ist, eine Heilung in streng wissenschaftlichem Sinne nicht vorliegt. — M. N. hat eine gewisse Starrheit behalten, die dem Psychiater nicht entgehen kann. Dieselbe hat sich neben einer leichten Starre in der äußeren Haltung auch psychisch besonders gezeigt in einem dem Laien vielleicht als „Dickköpfigkeit" imponierenden Verhalten. So forderte sie mit größter Zähigkeit bei ihren Besuchen von den Ärzten immer wieder die Zulassung zu bestimmten Kranken, auf die ihr Besuch günstig wirken sollte, und mußte mit dieser Forderung immer wieder von neuem abgewiesen werden. Dieser Zug ist nicht das Einzige. — Die beiden folgenden Fälle 7 und 8 bieten nun, soweit man das jetzt beurteilen kann, die Bilder wirklicher Heilungen.

7. F a l l. — Die 30jährige Hausfrau F. L. wurde am 22. 5. 20 in Sonnenstein aufgenommen. Sie ist belastet: Großmutter väterlicherseits und Vaters Schwester haben aus schwermütiger Veranlagung infolge unbedeutender Anlässe Suizid begangen. Eine Großtante war geistesschwach (m ö g l i c h e r w e i s e n i c h t blutsverwandt). Patientin selbst geweckte Kind, gute Schülerin, gutes Lehrerinnen-Examen gemacht. Tiefes, weiches, empfindsames Gemüt; tiefreligiös. Scharfer Verstand, logische Klarheit, höhergeistige Interessen, dabei tüchtige, praktische Hausfrau. Seit Mai 1910 verheiratet; 4 schwere Geburten. Litt öfter an schweren Kopfschmerzen. Im März 1920 „Nervenanfall" (Erregungszustand) bald überwunden. 11. 5. 20 geistiger Zusammenbruch: Hochgradige Erregung, Schreien, Umsichschlagen, Halluzinationen, Aggressivität, unmotiviertes Lachen, Spucken, Grimassieren usw. Die sonst sehr dezente Frau wurde u. a. auch erotisch, stand nackt im Bett und arbeitete mit den Fingern in den Genitalien. Drei Tage nicht gegessen. — Bei der Aufnahme in die Anstalt mutazistisch, dann wieder unmotiviertes lautes Lachen; steife Haltung, gehemmt negativistisch, Gesichtshallu-



nationen. Körperliche Untersuchung wegen starken Negativismus unvollständig. Hirnnerven intakt; desgl. Sensibilität; Achilles-Reflex nicht auslösbar. — Psychisch stark verworren, maniriert, grimassierend, unsauber, zeigt teilweise Echolalie, unmotiviertes Lachen; leerer Blick. Später deutliche Personenverkennung; unorientiert. Als sie bei Fragen später etwas spricht, geschieht dies in ganz manirierter Weise, skandierend, geziert. Antworten passen nicht zu den Fragen. Gesichts- und Gehörstäuschungen. Schwer fixierbar; wird immer abgelenkter. — Die folgenden Tage des Monats bis zum letzten stereotyp, mutazistisch, gespannt, erotisch, halluzinierend; schlechte Nahrungsaufnahme. — Am 31. 5. plötzlich sehr frei, hilft einer Mitkranken ihre Sachen ordnen und schreibt einen ganz geordneten Brief. Während der folgenden Monate Juni und Juli noch starke Schwankungen im Befinden, teils frei und umgänglich, teils wieder still, stumm, ablehnend, mißtrauisch, starr, auch nörgelnd. Mit dem August tritt dann ruhiges, geordnetes, freies und freundliches Wesen ein. Sie beschäftigt sich und zeigt während des ganzen August eine freie, fröhliche Haltung und ausgeglichene Stimmung, so daß am 31. 8. ihre Entlassung nach Hause auf Bitten erfolgt. — Katamnestisch ist zu berichten, daß Frau L. sich wieder im alten Umfange beschäftigt, sowohl hauswirtschaftlich wie geistig ihre alten Interessen hat und ganz selbständig arbeitet. Das äußere Verhalten ist tadellos korrekt, es besteht vollkommene Krankheitseinsicht; sie ist sich des Beginns der Erkrankung bewußt und sehr vieler Gedankengänge, aus denen die Äußerungen und Handlungen erfolgten. Sie erinnert sich der Aufnahmebefragung, einzelner ärztlicher Besuche und Gespräche, vermag die Angstgefühle und Depressionen zu schildern, unter denen sie gelitten und aus denen sie handelte. Sie ist frei von Sinnestäuschungen und Wahnideen; die Urteilsfähigkeit ist gut. Charakterveränderungen sind nicht vorhanden. Sie war auch zum Besuch in der Anstalt.

Es könnte für diesen Fall vielleicht der Einwurf erhoben werden, daß es sich auch um eine akute Verwirrtheit (eine *Kraepelin*sche Amentia oder *Räcke*sche Erschöpfungspsychose) handle. Entschieden stand im Anfang die Verwirrtheit und Halluzinose für kurze Zeit sehr im Vordergrund. Da aber beides sehr vieldeutige Symptome seien und an Verwirrtheit und Halluzinationen dieser Psychosen noch nichts Charakteristisches beschrieben sei, so muß man eben nach *Bleuler* an denjenigen Fällen von Verwirrtheit, die schizophrene Symptome zeigen, auch die Diagnose Schizophrenie machen. Und das Letztere trifft hier zu, d. h. der Fall zeigt reichliche schizophrene Symptome: Spannung, Manieren, Grimassen, Stereotypien, Mutazismus. *Bleuler* meint auch, daß ausgesprochene katatone Symptome, außer Flexibilitas und Befehlsautomatie, überhaupt gegen eine solche Verwirrtheit wie gegen die Amentia *Kraepelins* sprechen. — Ebenso erfreulich wie hier ist der Ausgang des nächsten Falles.

8. Fall. — Die 29jährige Klavierlehrerin E. S. wurde am 25. 7. 14 in Sonnenstein aufgenommen. Der Großvater väterlicherseits ist an „Verfolgungswahn“ †; ein Bruder stottert, eine Schwester zeigt Zwergwuchs und ist bösartig, zänkisch usw. Verstand und Gemüt entwickelten sich bei S. normal; der Unterrichtsgang hatte guten Erfolg. Geordneter Lebenswandel. — Sie ist von feinem Empfinden und vornehmer



Denkungsart. Seit 7 Jahren gibt sie Klavierunterricht. 1910 Blinddarmoperation. Seit ½ Jahr fällt sie auf; seit Ende Mai 1914 in ärztlicher Behandlung „wegen hochgradiger Nervosität". Schlaflosigkeit, Platzangst; Stimmenhören. Selbstmordgedanken. Über Krankheitsursachen nichts bekannt. — Schon bei der Zuführung macht S. allerhand Schwierigkeiten und erhebliche Umstände; ausgesprochene Hemmungen und Negativismus bestehen; sie spricht mit ganz leiser Stimme. Sonst geordnet. — Wegen des starken Sträubens der S. ist eine richtige körperliche Untersuchung nicht möglich. — Psychisch treten die bereits genannten Störungen besonders hervor. Beim Gehen macht sie oft 2—3 Schritte zurück, verlangt, daß Bewegungen wiederholt werden usw. Vor Berührungen anderer weicht sie möglichst zurück. Wenn sie einmal antwortet, wiederholt sie oft leise das Gesprochene oder verlangt Wiederholungen vom Partner, spricht Sätze auch rückwärts. In stereotyper Weise wiederholt sie immer wieder schnell und unverständlich eine Silbe. Persönliche, örtliche und zeitliche Orientierung, Gedächtnis und Intelligenz erscheinen nicht gestört. Von Sinnestäuschungen wird sie durch eine Stimme sehr geplagt, die sie scheinbar besonders durch gotteslästerliche Worte quält. Auch hat sie Versündigungsideen. Wenn sie nach vieler Mühe zum Sprechen zu bringen ist, redet sie in kurzen, abgerissenen Stücken und abgehackt.

Diese Angst, Hemmungen, Manieriertheiten halten mit Wechsel der Intensität in nächster Zeit an. Ende Oktober 1914 muß sie wegen auffallender Bevorzugung durch die Stationsschwester verlegt werden. Danach kurze Erregung. — Im Januar 1915 freier, jedoch treten immer wieder Schwankungen auf; Mitte März vor allem völlig ablehnendes Verhalten; stark negativistische Züge. Von Mai 1915 ab schlechter; bald darauf setzt ein absoluter Mutazismus und Negativismus stärksten Grades ein, zu denen sich 1916 noch Stereotypien und Manieriertheiten gesellen. Dies blieb bis zum September 1916 unverändert, wo sie etwa 4 Wochen auf Besuch zu ihrer Familie kam. Kehrt blaß und elend zurück. Stumm, gehemmt und manieriert bleibt sie auch bis ins folgende Jahr (1917), insbesondere mutazistisch; wo sie dann noch zweimal nach Hause auf Besuch geht, um am 20. März 1917, da es angeblich leidlich ging, von den Ihrigen gebessert aus der Anstalt entnommen zu werden.

Katamnese: Die S. hat sich dann in der Folgezeit mehr und mehr gebessert; sie wurde freier, die Hemmungen, der Negativismus, die Manieren und der Mutazismus schwanden, und jetzt gibt sie schon seit langer Zeit wieder Unterricht. Sie steht in dauernder Verbindung mit einer Schwester der Anstalt, besucht den Sonnenstein öfter, dabei auch den einstigen Stationsarzt. Sie bietet jetzt nicht mehr das geringste Pathologische, ist frei von Hemmungen, Manieren oder Eigenheiten sowie Wahnideen und Sinnestäuschungen. Zu Hause besorgt sie nicht nur den Haushalt, sondern gibt Klavier- und Gesangstunden sowie rhythmisch-gymnastische Tanzkurse, hat sich im Gesang weiter vervollkommnet und singt sogar vor einem größeren Kreis. Es besteht vollste Krankheitseinsicht; sie steht über ihrer Psychose, doch nicht wie ein Fremder, sondern mit tiefem Gefühl; sie ist glücklich über ihre Genesung und von tiefstem Dank gegen die Anstalt und deren Beamte erfüllt. Sie ist ein



äußerst fähiges, in jeder Weise hochstehendes, seelenvolles, ethisch und moralisch vollwertiges Geschöpf, voller Verantwortungsgefühl. Sie äußerte mir gegenüber kürzlich, daß sie es freilich nie begreifen könne, wenn man nach einer solchen Krankheit eine Ehe schließe; die Verantwortung sei zu groß! Frl. S. ist übrigens eine tief religiös veranlagte Natur, die ein reiches Innenleben führt, und deren Gesichtszüge etwas Beseeltes widerspiegeln.

Gegen den Einwand, daß es sich um eine Zwangsneurose handelte, sprechen m. E. zur Genüge die einwandfreien katatonen Symptome: schwere Hemmungen, Negativismen, Maniriertheiten und Mutazismus über lange Zeit. Die Zwangserscheinungen müssen in diesem Falle als „schizophrenes" Symptom gewertet werden.

Als zu diesen Fällen gehörig nenne ich zum Schluß noch den vom Sonnenstein stammenden, 1907 von *Schäfer* publizierten Fall in Band 23 der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie; ferner den von *Ilberg* in seinem Bändchen „Geisteskrankheiten" (in Natur und Geisteswelt) auf S. 93 erwähnten Fall, der, wie unsere jetzt eingezogenen Erkundigungen ergaben, z. Z. noch in einer angesehenen und verantwortungreichen Stellung tätig ist, sowie den Fall einer noch jetzt ihren schweren pädagogischen Beruf ausfüllenden, 1908 entlassenen Dame, aus der Anstalt Großschweidnitz in Sachsen.

Das am 24. 10. 1874 geborene Fräulein M. E. war als Kind etwas schwächlich, entwickelte sich aber alsdann normal. Keine erbliche Belastung. Lernte nicht leicht, kam aber gut mit fort. Stets etwas zurückhaltend. Lebenswandel geordnet. Wurde Lehrerin. Wurde am 2. Pfingstfeiertag 1903 den Eltern dadurch auffällig, daß sie fortwährend an ihrer Nase zog; sie habe ein unheimliches Knacken darin vernommen. Eines Nachts habe sie „die verfluchte Nase" gesagt. Im Anschluß an diesen Fluch äußerte sie Versündigungsideen; glaubte, sie würde wegen Gotteslästerung aus der Schule entfernt werden. Machte Suizidversuch (Pulsadern). 14. 6. 03 ganz verstört: sie müsse wegen Gotteslästerung die Schule verlassen. Dies stellte sich als Wahnidee heraus. — Am 15. 6. 03 in die Dresdener Anstalt: orientiert; glaubte ihres Fluches wegen bestraft zu werden; bat, alles recht schnell zu machen. Ängstlich und weinerlich, täglich Versündigungsideen; fragte, ob ihre Eltern gestorben seien. Kniete nieder, betete laut, wollte nur trockenes Brot essen. „Im Essen sei Fett ihrer Eltern." Sehr gebunden. 21. 7. 03 nach Landesanstalt Großschweidnitz. Somatisch o. B. Psychisch gut orientiert. Keine Gedächtnisdefekte. Viel Gehörstäuschungen (Beschimpfungen; Eltern im Keller). Deutliche, aber wechselnde Hemmung. In der Folge Versündigungsideen, Stereotypien, Angst. — Bereits 25. 12. 03 wurde sie freier und beweglich, ließ aber noch im Januar 04 nicht von ihren depressiven Ideen. Dann wieder wurde sie gesprächig, auch übermütig und burschikos, hielt an ihren Ideen fest, glaubte nicht, daß die Eltern noch lebten, sprach von ihren Sinnestäuschungen, fürchtete nach der Entlassung gefoltert zu werden, auch müsse sie später einen Bären heiraten! Glaubte sich hypnotisch beeinflußt. Hielt später die Ihren wieder für tot; sie habe ihre Angehörigen „gespielt gesehen", die gelbgrünen, abgezogenen Häute derselben habe sie hängen sehen. Glaubte, daß ihr erst Hände und Beine,



dann der Kopf abgehackt würden. — Seit 29. 2. 04 einsichtig, ruhig Im März etwas hypomanisch, launig und zu Schabernack geneigt. Februar 05 immer noch sehr wechselnder Zustand. Depressive Stimmung und Schlaflosigkeit herrschten vor. Im ganzen große Schwäche auf geistigem Gebiet. Am 25. 3. 04 trotzdem nach Hause entlassen. — Am 9. 1. 08 wurde sie zum zweitenmal zugeführt, da sie sich „kaput" fühlte, nicht mehr recht schlief usw. Zeigte eigentümliche Haltung. — Stets wechselndes Verhalten; Schlaflosigkeit. Zeigt allerhand Eigentümlichkeiten. Wurde bereits am 1. 4. 05 mit „unverkennbarer Schwäche" wieder entlassen, um sich ihrem Schulunterricht wieder zu widmen. — Die kürzlich erhobenen Nachforschungen haben ergeben, daß sie noch jetzt ihren Lehrberuf ausübt und ihre Stelle ausfüllt. — In der Krankengeschichte ist ausdrücklich betont, daß es sich um einen Anfall manischer oder depressiver Art nicht gehandelt habe. — Auch dieser nur exzerpierte Fall gehört wohl zu den „praktisch geheilten" Katatonien.

Jedenfalls zeigen alle diese Fälle wiederum, zu welch erheblichen Besserungen bezw. Heilungen die unter katatonen Erscheinungen verlaufenden Psychosen führen können, und wie zurückhaltend man bei Stellung der Prognose doch sein muß.



Über Parhedonien.

Von

Dr. **Harald Siebert,** Nervenarzt und leit. Arzt der psychiatr. Abt. am Stadtkrankenhause zu Libau.

In einer Arbeit, welche die psychischen und nervösen Erkrankungen der Bevölkerung Kurlands im allgemeinen und speziellen einer Betrachtung unterzog (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 73, H. 6), habe ich auf Grund eigener Beobachtungsresultate folgendes ausgesprochen — Seite 533: „Geschlechtliche Perversitäten, soweit es sich nicht um schwere, meist von Idioten oder Imbezillen ausgeführte Delikte handelt, habe ich recht wenig als Objekte neurologischer Behandlung oder Begutachtung gehabt. Das Material dieser Abnormitäten war so gering, daß es für die Frage einer vergleichenden Betrachtung völlig bedeutungslos ist; es handelt sich dann jedenfalls um Juden und Deutsche, wobei sich ein stark degenerativer Einschlag deutlich nachweisen läßt.“ Es darf wohl als sichergestellt gelten, daß das häufigere oder seltenere Vorkommen geschlechtlicher Perversitäten in erster Linie von völkischen, rassenindividuellen und klimatischen Verhältnissen abhängig ist, in zweiter Linie dürfte jedoch ihre Verbreitung von der Art des menschlichen Zusammenlebens abhängig sein in dem Sinne, daß in großen Städten und speziell in Hafenorten die geschlechtlichen Abnormitäten unzweifelhaft in umfangreicherem Maße, sowohl qualitativ, als quantitativ anzutreffen sind als anderswo. An diesen Tatsachen wird wohl guterdings niemand zweifeln, sie gelten als allgemeine Richtschnur für jeden diesen Fragen näher tretenden Beobachter, ob er nun Arzt, Jurist oder Sozialpolitiker ist.

Während nun für meine früheren Beurteilungen die Jahre vor dem Weltkriege bezw. das erste Kriegsjahr ausschlaggebend waren, drängt sich unwillkürlich in der Angelegenheit der Parhedonien, wie überhaupt in ungezählten anderen Dingen, die Frage auf: hat der Weltkrieg wesentliche Veränderungen im Sinne eines Zuwachses geschlechtlicher Perversitäten hervorgerufen oder



nicht? Man sollte tunlichst glauben, daß die, wenn ich mich so ausdrücken darf, kleine Völkerwanderung, welche in den früheren russischen Randgebieten vor sich ging und auch bis heute noch dortselbst gewisse Spuren hinterlassen hat, auch viel dazu beigetragen haben müßte. beträchtliche Veränderungen auf dem Gebiet des Empfindungs- und Gefühlslebens hervorzurufen und dementsprechend auch auf die vita sexualis in solchen Ländern einzuwirken. Daß jeder Krieg, eine jede Revolution, überhaupt jede einschneidende Metamorphose althergebrachter politischer Bahnen, sei es nun als Folge, sei es nun als Parallelerscheinung, eine weitgehende Veränderung der gesamten Empfindungen bei den suggestiblen breiten Massen hervorruft, scheint mir ohne Zweifel zu sein, vorausgesetzt, daß es sich um elementare, mit aller Wucht einsetzende Veränderungen handelt. Das glatte Hinfließen des täglichen Einerlei muß dann gewaltsam in neue ungewohnte Bahnen geleitet werden, der Kontakt mit der Vergangenheit und ihren Überlieferungen unterbrochen sein — damit die „psychische Infektion" zu ihrer vollen Blüte gelangen kann. Bei vielen — aber nicht bei allen — in solchen Suggestionen sich befindenden Personen sind die sexuellen Momente noch lange Zeit von den ihnen imputierten Eindrücken der Außenwelt überlagert, bis dann endlich, sei es durch die Plötzlichkeit der Veränderung in der Umgebung, oder durch „Kurzschluß" der eigenen Persönlichkeit die Gedankenrichtung auf das eigene Ich und damit auch auf die geschlechtliche Sphäre gelenkt wird. Solche Einflüsse sind nun sicherlich in der Lage, bei einer Reihe von Personen — ich hebe auch hier nochmals hervor: nicht bei allen — eine Perversion der geschlechtlichen Empfindungen herbeizuführen. Es dürfte sich dabei wohl in erster Linie um Persönlichkeiten handeln, welche die Kriterien einer psychopathischen Konstitution aufweisen, und die auch leicht unter suggestive Einflüsse auf somato-, auto- oder allopsychischem Gebiet geraten können. Es gab und gibt unter der umgebenden Menschheit mehr Persönlichkeiten mit einer einwandfreien psychopathischen Konstitution, die solchen Einflüssen eher zugänglich sind, als man annimmt; bietet die Umgebung keinerlei Anlaß zu irgendwelchen Konflikten, so kann die Disharmonie solcher Konstitutionen lange Zeit hindurch völlig latent bleiben, bis dann ein nie vorherzusehender, oft geringfügiger Grund den Stein ins Rollen bringt. Daneben muß auch zugegeben werden, daß gesteigerte Suggestibilität allein noch lange nicht ein Beweis für eine psychopathische Konstitution ist,



gleichwie andererseits viele Psychopathen — ja sogar solche schwerer Natur — von den erwähnten suggestiven Einflüssen völlig unberührt bleiben können. —

Die *Mehrzahl* derjenigen Persönlichkeiten, deren psychisches Geschehen durch große äußere Ereignisse aus dem Gleichgewicht gehoben wird, dürfte nun wiederum *nicht wesentliche Veränderungen der geschlechtlichen Empfindungen darbieten.* Dieses wäre also die erste Einschränkung! Unter denjenigen Individuen, bei denen wir solche Perversionen antreffen, ist naturgemäß wieder streng zu unterscheiden, inwieweit *überhaupt Empfindungen und Gefühle pervertiert sind* und nicht schon a priori krankhaft verändert waren, — eine Angelegenheit, die durchaus in vielen Fällen leichter Hand richtig kaum zu beurteilen ist, und wo weitgehende Irrungen dem gewissenhaftesten und kritischsten Beobachter begegnen dürften. Bei der Abwägung vom medizinisch-ärztlichen Standpunkt aus hätte hier also eine reservierte Betrachtungsweise einzusetzen. Und *letzten Endes* hat man wesentlich im Auge zu behalten, wieweit diejenigen Persönlichkeiten, deren Gefühle in der Tat pervertiert sind, zu den dieselben begleitenden und von ihnen getriebenen Handlungen aktiv übergehen, *wieweit also Perversionen Perversitäten erzeugen.* Diese Frage ist auch in Hinblick auf die Praxis des Alltaglebens von außerordentlicher Bedeutung, da die forensische Seite der Angelegenheit daneben vielfach zu beachten sein wird. *Ziehen*[1]) äußert sich hierzu: „Es wirkt also vom Standpunkt des § 175 die konträre Sexualempfindung als solche nicht exkulpierend, auch wenn sie angeboren ist und erbliche Belastung nachgewiesen ist. Es bedarf auch stets des Nachweises, daß abgesehen von der konträren Sexualempfindung als solcher schwere psychische Krankheitserscheinungen im Sinne des § 51 bestehen." Ein solcher Standpunkt ist wohl auch heute in den meisten europäischen Ländern beizubehalten, soweit es sich um eine forensisch-psychiatrische Begutachtung handelt; für viele Länder anderer Zonen, etwa für Armenien, Persien, dürfte jedoch eine solche Auffassung kaum praktische Bedeutung erlangen.

Summarisch betrachtet bietet das mir zur Verfügung stehende Material an Neurosen im weitesten Sinne des Wortes, Psychopathien, Psychosen intellektueller und affektiver Natur und überhaupt verschiedenster Art psychisch-nervöser Anomalien eine große Anzahl

[1]) *Ziehen*, Psychiatrie S. 630.



von Persönlichkeiten dar, welche in irgendeiner Form weitgehend durch äußere, zum größten Teil politische Momente und Ereignisse aus dem gewohnten Gleise gehoben und geworfen waren. Ich habe durchaus begründete Vermutungen, daß ein kleiner Bruchteil dieser Individuen sich in ausgiebigster Weise in Rußland an terroristischen Handlungen aktiv beteiligt hat, sich also einer Verletzung der elementarsten Gesetze der Menschheit schuldig erachten muß. Oft ist das terroristische Vorgehen mit einem sadistischen Trieb verglichen worden, und es müßten dann mit einem solchen Triebe behaftete Persönlichkeiten Regungen entsprechender Art in ihrem Gefühlsleben durchgemacht und empfunden haben. Es ist erklärlich, daß die meisten solcher Typen über die von ihnen verübten Gewalthandlungen peinlichstes Schweigen üben werden, um sich keinerlei Unannehmlichkeiten auszusetzen; andererseits ist es mir im einzelnen nie gelungen, bei einzelnen Patienten, aus deren Vorleben mit Sicherheit auf vielfach verübte Gewalttaten und grobe Vergehen gegen die Mitmenschheit geschlossen werden durfte, in späterer Zeit einen abnorm pervertierten Geschlechtstrieb nachzuweisen. So wenig ich an und für sich die Möglichkeit einer Perversion des Geschlechtstriebes im Verlauf großer Ereignisse bei vielen Psychopathen schwereren und leichteren Grades in Abrede stellen will, so sehr möchte ich in diesen Fragen jedoch vor einer Verallgemeinerung warnen. Die *Freud*schen Lehren vermögen, trotz eifriger Bemühungen einzelner ihrer Vertreter, keineswegs alle Tiefen der Neurosenlehre zu ergründen, und werden vielfach durch die Auffassung unkritischer Köpfe ins Bizarre geleitet. In der Frage, wieweit die speziell an Wehrlosen verübten Massengreuel ausschließlich ein Äquivalent eines pervertierten sexuellen Triebes darstellen, ist besonders für den Fernerstehenden viel Bestechendes enthalten, und ein Teil Wahrheit dürfte auch in einer solchen Auffassung stecken. Wer einmal *Freud*sche Theorien für alles und jedes anwenden will, wird auch in diesen Dingen weitgehenden Gebrauch davon machen. Auch hierin ist dringend vor einer Verallgemeinerung zu warnen, — was für den einen recht sein mag, ist für den anderen in keiner Weise zu verwerten. Es gibt neben triebartigem Handeln auch blinden Gehorsam beim Verrichten sinnloser Gewaltakte ohne jeden Affekt, daneben wären noch die Affekte, wie Angst, Mißgunst, Eigennutz, Rache usw. zu beachten, denen keineswegs unterbewußte sexuelle Motive supponiert zu werden brauchen. Erst muß die Natur solcher Empfindungen klar erwiesen sein; liegen sie deutlich vor, so hat man auch das



Recht von assoziativen Parhedonien im Sinne *Raeckes*[1]) zu sprechen.

Vorauszusehen ist, daß in den nächsten Jahren viel über die Psychologie terroristischer (bolschewistischer) Akte geschrieben werden wird, und es läßt sich vorweg sagen: wenige werden berufen sein, in diesen Dingen objektiv zu urteilen, meist wird wohl in jeder einzelnen Schilderung ein tiefer Affekt wurzeln, und das erscheint auch ganz natürlich. Ein rechtlich denkender Mensch kann nicht indifferent verübte Greueltaten ansehen, ohne sich zu empören, und dabei soll er dann gleichzeitig objektiv die treibenden psychologischen Faktoren analysieren.

In bezug auf diese Probleme kann erst nach Jahren die richtige Beurteilung erfolgen, zurzeit liegt noch zu viel Persönliches über jedem Kritiker, dem nahen und dem fernen, um die nötige Objektivität an den Tag zu legen. Nehmen wir nun an, daß ein kleiner Teil einer auf größerem Territorium wohnenden Bevölkerung in der Tat unter den Einfluß der Massensuggestion geriet und in die Reihe der oben erwähnten sexuell abnormen Typen rubriziert werden kann, so hätten diese Phänomene in die Jahre 1917, 1918 und 1919 verlegt werden müssen. Man könnte dann von einem vorübergehenden relativen Anwachsen der Parhedonien sprechen. Auf Grund der Betrachtung meines sowohl im nosologischen, als auch sozial und national so differenten Neurosenmaterials kann ich feststellen, daß ein eklatanter Zuwachs sexueller Perversitäten unter den Psychisch-Nervösen, als durch die Kriegsverhältnisse bedingt, nicht nachgewiesen werden konnte. In den Jahren 1917 bis 1921 einschl. sind reichlich 1000 neu aufgenommene Psychosen in der von mir geleiteten psychiatrischen Abteilung und etwa 2500 Neurosen mannigfacher Natur in der Privatpraxis durch mich exploriert worden, und bei denselben habe ich in dem Sinne nichts wesentlich anderes als in früherer Zeit eruieren können. Wieweit andererseits in der Bevölkerung durch die Kriegsverhältnisse die Parhedonien einen Zuwachs erlitten haben oder nicht, wird mit dieser Konstatierung in keiner Weise absolut entschieden. Eine Umfrage bei vielen Kollegen ergab desgleichen keine Anhaltspunkte für eine der meinigen konträre Ansicht. Ich räume jedoch durchaus ein, daß anderen Ortes völlig gegenteilige Beobachtungen gemacht worden sind.

Die Beschäftigung mit dieser Frage hat indes eine Reihe inter-

[1]) *Raecke*, Perversität und Eigennutz. Arch. f. Psych. Bd. 64, H. 4.

essanter Einzelbeobachtungen ergeben, über deren wenige ich in Kürze berichten will, — den Kriegs- und ähnlichen Verhältnissen wird man jedoch bei der Beurteilung der Genese keine Rolle beizumessen haben.

X., 30 Jahre alt, lediger Kapitän (Hauptmann) im lettländischen Heer. Vater Lette, Mutter Deutsche. Entwicklung vollzog sich ohne Besonderheiten, sehr guter Schüler. Keine auffälligen Affektlagen in der Pubertät. Nie sexuelle Regungen, auch nicht dem eigenen Geschlecht gegenüber, nie masturbiert. Fleißiger, strebsamer Student; als Glied einer schlagenden Verbindung vor dem Kriege mehrere Mensuren ausgetragen, bei den erlittenen Verwundungen keine Wollustgefühle. Langsam entwickelte sich bei X., ohne daß man irgendein besonderes affektbetontes Ereignis heranziehen kann, die Vorstellung, es müsse überaus angenehm sein, von einer anderen Person angeschossen zu werden. Diese Vorstellung nahm den Charakter einer überwertigen Idee an, verfolgte X. andauernd, obgleich er das Widersinnige voll und ganz einsah. 1914 hatte er einen Skandal mit einer ganz indifferenten Persönlichkeit hervorgerufen und erhielt späterhin von derselben einen Schuß aus gezogener Duellpistole in den Oberschenkel. X. gibt an, ganz ruhig gleichzeitig vorbeigeschossen zu haben. Sofort nach erlittener Verletzung stellte sich die erste von X. als solche im Wachzustand empfundene Erektion ein, und bald darauf erfolgte spontane Ejakulation. Im Krankenhaus hat bei den Chirurgen große Verwunderung über diesen Vorgang bestanden, doch hat man ihm dort weiter keine Beachtung geschenkt. X. hat den Krieg als Reserveoffizier der russischen Armee mitgemacht, hat sich in vielen Kämpfen befunden, gibt jedoch an, niemals während derselben eine Wollustempfindung verspürt zu haben, auch nicht bei zweimaliger Verwundung. Seit der Mensur im Jahre 1914 hat X. keine bewußt empfundenen Erektionen gehabt, Pollutionen in der Nacht sind jährlich einige Male beobachtet worden. — Er empfindet seinen Zustand als überaus quälend, sehnt sich nach richtigen libidinösen Gefühlen und glaubt selbst, daß gewisse ihm zugefügte schmerzhafte Reize wohl imstande sein könnten, solche Wollustempfindungen zu erzeugen, seine Phantasie ist jedoch zu einer genauen Vorstellung nicht fähig.

X., bei dem keine Anhaltspunkte für direkte psychisch-nervöse Belastung vorliegen, repräsentiert jedenfalls einen Typus mit ausgesprochenen masochistischen Empfindungen, die von ihm, wie aus einer eingehenden Selbstbeschreibung hervorgeht, als etwas durchaus Krankhaftes wahrgenommen werden. Er ist auch ohne irgendeinen Erfolg hypnotisiert worden, glaubt indes selbst, daß ihm nichts helfen wird, und daß er mit diesen Vorstellungen ableben muß. Auffallend ist dabei, daß er im Verlauf der Kriegsereignisse niemals während des Gefechtes den Wunsch empfand, schmerzhaft verwundet zu werden, und daß die frühere überwertige Vorstellung heutzutage wohl besteht, jedoch einen ganz verschwommenen Charakter trägt. Es sei



och hier unterstrichen, daß homosexuelle Neigungen nicht nach-
weisen sind.

Unter den weiteren parhedonen Objekten neurologischer Beachtung sei auf eine relativ häufige Erscheinung hingewiesen — den oitus per os. Daß ein solcher auch früher öfters, wohl meist an rostituierten, geübt worden ist, dürfte kaum zweifelhaft sein, immern betraf auch diese Perversität sicherlich mehr die größeren Städte. s ist mir nun im Verlauf der letzten Jahre mehrfach von weiblichen ranken mitgeteilt worden, daß sie den Coitus per os an sich verüben ssen und, obgleich der Gedanke ihnen direkten Ekel einflößt, nicht on demselben zu lassen vermögen. Zwei dieser Patientinnen, Jünnen, waren virgines intactae, die oft mehrfach täglich mit stets n und demselben Individuum dieser Art sexuellen Verkehr pflegten. eide waren überaus tüchtige, intelligente Personen, die jedenfalls nst keine Störungen auf psychisch-nervösem Gebiet darboten. s dürfte sich bei beiden darum gehandelt haben, daß eine hochgradige ibido durch dieser Art Coitus erstmalig befriedigt wurde, wobei bei er einen oder anderen Seite möglicherweise auch die Furcht vor en Folgen eines normalen Verkehrs bestand. — In einem anderen alle gab eine 35 jährige Witwe an, daß sie nach zehnjähriger sexueller bstinenz, langsam und sukzessive sich steigernd, das Bedürfnis erspürte, an sich den Coitus per os von einem ihr sympathischen Manne ollziehen zu lassen. Eine Annäherung von ihrer Seite führte anfangs zu ormalem geschlechtlichen Verkehr, der ihr jedoch keine Befriedigung ewährte, und erst die immissio in os schaffte ihr dieselbe. Sie gab n, erstmalig im Traum von solcher Art des Verkehrs eine wollüstige mpfindung verspürt zu haben. Die weiteren Fälle betrafen schon ersönlichkeiten mit ausschweifendem Sexualleben.

Beachtenswert erschien bei allen diesen Beobachtungen, aß der Coitus per os von den betreffenden als etwas Artremdes, Krankhaftes empfunden wurde, obgleich bei einzelnen urchaus etwas Triebhaftes in dieser Art der Befriedigung lag. In drei ällen hatten ausschweifende geschlechtliche Genüsse als assoziative Iomente ausschlaggebende Bedeutung erlangt, für die anderen spielten nscheinend mehr Zufälligkeiten die wesentliche Rolle.

Daß in einzelnen Fällen der aktive männliche Teil gerade durch as Umhergeworfensein in allen Himmelsrichtungen und das Leben ı veränderten Situationen zu dieser Art Sexualverkehr getrieben worden t, läßt sich wohl einräumen, andererseits ist die absolute Zahl ıanifester und dabei krankhaft empfundener Parhedonien



so unbedeutend, daß ich auch in dieser Hinsicht einen B
weis für die Zunahme solcher geschlechtlicher Abart
aus meinem Material nicht ersehen kann. Ich bin mir dess
wohl bewußt, daß im täglichen Leben mehr Perversitäten verü
werden, als man auf Grund einer weitgehenden Sprechstund
und Krankenhausbeobachtung vermuten kann, doch läßt sich a
einer solchen Vermutung keine Schlußfolgerung aufbauen und no
weniger in bezug auf kausalen Zusammenhang mit den letztjährig
äußeren Ereignissen. Für andere Länder mit anderer Bevölkeru
und anderen konstitutionellen Veranlagungen bezw. anderem Lebe
zuschnitt will ich jedoch keine der hier berührten Fragen in irge
einem Sinne beantworten.

...er einen Fall von Verbrechen aus Heimweh.

Von

Prof. Dr. **M. Bresowsky** in Dorpat.

Bei der psychiatrischen Beurteilung gerichtlicher Fälle, die h den jetzt herrschenden Anschauungen auf Triebhandlungen ückzuführen sind, stoßen wir gelegentlich auf Schwierigkeiten, darauf beruhen, daß die betreffende Handlung nicht ohne weiteres Triebhandlung aufgefaßt werden kann, da der Tat eine Abwägung Motiven vorausgegangen ist. Es kann sich z. B. um eine Triebidlung handeln, die während einer vorausgesetzten vorübergehen- krankhaften Stimmung des Täters ausgeführt worden ist; inweit der Trieb zwingend gewesen ist, soll aus der geistigen Geitverfassung des Täters erschlossen werden; die Tat selbst, ihre motiviertheit, Zwecklosigkeit oder Ungeheuerlichkeit soll nicht solche, an und für sich, als Beweis für die Geistesstörung des Täters gefaßt werden: es muß in jedem einzelnen Falle nachgewiesen :den, „daß wirklich krankhafte impulsive Handlungen vorliegen, che bestimmten, klinisch nachweisbaren Psychosen zugehören".

Obgleich diese allgemeinen Sätze, die unsern modernen Lehrhern entstammen, einleuchtend sind, gibt es zweifellos Fälle, denen bei sonst normaler Geistesverfassung die Tat allein auf eine rübergehende Geistesstörung hinweist, d. h. ihre Zwecklosigkeit r Ungeheuerlichkeit allein, die uns unerklärlich sind, vor denen wie vor einem Rätsel stehen, die zur Vergangenheit des Täters grellsten Widerspruch stehen; das Suchen nach klinisch nachisbaren Psychosen und nach ferneren krankhaften Zügen ist verblich oder führt allenfalls zu einer übertriebenen Bewertung von ngen, die, wie z. B. entfernte Hereditätsverhältnisse, nichts zu klären vermögen.

Zu diesen unbegreiflichen Fällen gehören die von unerwachsen Mädchen aus Heimweh begangenen Verbrechen, bei denen es h nicht um Schwachsinn oder psychopathische Konstitution oder



Psychose handelt. Sie sind sehr selten: *Jaspers* [1]) konnte nur 7 Fäll
zusammenbringen, die nicht mit einer der erwähnten Störungen ve
bunden sind; davon sind 4 Fälle, Fälle von Mord bzw. Mordversuc
begangen aus Heimweh an den betr. Mädchen anvertrauten Kinder
Zwei Fälle von Sechzehnjährigen ausgenommen, handelt es sich u
sehr junge Mädchen, um 14jährige oder jüngere, d. h. um dem Kinde
alter kaum entwachsene, am bzw. vor Beginn der Geschlechtsreifu
stehende Mädchen. [Es ist mithin der Gedanke nicht unberechtig
daß eine Katamnese vielleicht doch in nicht allzuferner Zeit d
Bestehen einer endogenen psychopathischen Veranlagung gezei
hätte, die sich durch die Entwicklung einer Psychose bzw. psych
pathischen Konstitution geäußert hätte.] Auf dieser kindlichen St
des Seelenlebens werden, wie *Jaspers* ausführt, zur Erreichung v
Lust- oder zur Vertreibung von Unlustgefühlen oft impulsive Han
lungen begangen, bei denen in erstaunlicher Weise eine Unfähigke
den Erfolg zu übersehen, hervortritt. Sind schon die von ganz jung
Mädchen begangenen Heimwehverbrechen unverständlich und e
staunlich, so ist der nachstehende Fall noch merkwürdiger. Es ha
delt sich um ein achtzehnjähriges, also nahezu erwachsenes Mädche
das ein Gymnasium absolviert hat und die besten Empfehlunge
besaß. Sie hatte im Herbst 1918 nicht als Studentin der Mediz
immatrikuliert werden können, weil sie zur Beobachtung ihres Geiste
zustandes in der Psychiatrischen Klinik war! Da die Beobachtu
sich über drei Jahre erstreckt, die Pat. schon 21 Jahre alt geword
ist und keine Spur einer geistigen Erkrankung zeigt, im Gegente
reifer und verständiger geworden ist, ist der Gedanke etwa an eine
„Einfall“ bei beginnender Hebephrenie widerlegt. Wir haben eine
der so rätselhaften Gewaltakte vor uns, begangen in akuter Hei
wehstimmung während der Menstruation von einem sonst psychisc
gesunden, körperlich gut entwickelten, fast erwachsenen Mädchen.

Am 19. August 1918 wurde die 18jährige H. S. von ihren Angehörige
auf Anraten des Arztes zur Beobachtung in die Klinik gebracht. Sie wa
am Morgen desselben Tages plötzlich bei ihren Verwandten eingetroffe
und hatte mitgeteilt, sie hätte in der vorigen Nacht das eine der beide
Kinder getötet, die ihr als Kinderfräulein zur Aufsicht übergeben worde
waren. Bei dieser Aussage, die bei ihren Angehörigen keinen Glaube
fand, blieb sie auch, trotz aller Vorhaltungen; sie war vollkommen ruhi
und erwartete ins Gefängnis gebracht zu werden. Sie wußte keinen Grun
für diese Tat anzugeben, sie wunderte sich, daß man sie, ohne ihr Schwi

[1]) Archiv f. Kriminalanthropologie u. Krim. Bd. 35.

rigkeiten zu machen, hatte abreisen lassen. — Im Laufe des Tages wurde die Wahrheit ihrer Angabe bestätigt.

Pat. stammt von gesunden Eltern, hat gesunde Geschwister. Weder an ihr selbst, noch an ihren drei Schwestern ist jemals etwas außergewöhnliches bemerkt worden, noch sind in der näheren Verwandtschaft Fälle von Nerven- oder Geisteskrankheit vorgekommen noch auch irgendeine besondere Begabung, Verbrechen, Selbstmord. Die Schwester ihrer Großmutter von mütterlicher Seite soll an „Kleptomanie" gelitten haben.

Pat. ist normal geboren, die Jüngste in der Familie. Sie hat sich normal entwickelt. In der Kindheit und Jugend nichts Auffälliges außer etwas eigenwilligem und unverträglichem Wesen, doch galt sie stets zu Hause als gutes, folgsames Kind. Sie war stets etwas verschlossen, hatte keine intime Freundin. Im Winter 1917/18 erkrankte sie an einer Pleuritis. Seit dem Frühjahr 1918 ist die Menstruation, die auch sonst nicht ganz regelmäßig war, ausgeblieben. — Im Frühjahr 1918 spielte Pat. mit Selbstmordgedanken, war „lebensüberdrüssig", hatte Befürchtungen wegen ihrer Zukunft, da sie ihren Eltern nicht zur Last fallen wollte und daran dachte, eine Stelle anzunehmen, sich aber keine passende Stelle vorstellen konnte. Pat. hat damals ohne ersichtlichen Grund längere Spaziergänge an die Peripherie der Stadt gemacht, kam spät nach Hause. Angeblich geschah das zur Zeit der (letzten) Menstruation. Im Sommer suchte Pat. eine Stelle und soll sich eine solche sehr gewünscht haben, während andrerseits die Trennung von den Angehörigen ihr schwer fiel.

Am Abend des 15. August trat Pat. eine Stelle als Kinderfräulein zu zwei Kindern in der Nähe ihres Wohnorts an. Sie hatte Angst vor der Stelle, hatte von vornherein große Sehnsucht nach Hause, ohne indessen irgend jemand etwas davon zu sagen. Am 16. August trat die Menstruation ein. Pat. fühlte sich nicht wohl, wünschte zu Hause zu sein, faßte am 18. den Gedanken, eines der ihr anvertrauten Kinder umzubringen, um nach Hause fahren zu können. Diesen Plan führte sie am Abend des 18. aus, erwürgte das eine Kind (ein vierjähriges Mädchen) und teilte das Vorgefallene am nächsten Morgen den Eltern des Kindes mit. Hierauf wurde sie sofort in die Stadt (zu ihren Angehörigen) geschickt.

Status praesens: Etwas blasses Mädchen von großem Wuchs, in gutem Ernährungszustande. Innere Organe ohne Befund. Periphere Nerven ohne Befund. Ophthalmoskopisch ohne Befund. — Pat. ist vollständig orientiert. Gedächtnis ist intakt, auch für die Zeit vom 15. bis zum 19. August. Erinnert sich aller Einzelheiten. Intelligenzprüfung: Pat. hat ein 8klassiges Gymnasium absolviert, beantwortet alle üblichen Fragen fehlerlos, erklärt die Wärmekapazität, die Thermometrie, beherrscht einigermaßen das Schulprogramm (mit Verständnis!), hat das nötige Verständnis für Fragen des praktischen Lebens. Phantasie scheint schwach entwickelt. Pat. bleibt die diesbezüglichen Antworten schuldig (auch von seiten der Angehörigen verlautet, daß Pat. sich nie durch lebhafte Phantasie ausgezeichnet hat. Pat. soll nie lügen). Stimmung: Pat. scheint leicht deprimiert zu sein. Ist gegenüber der Mutter von großer Anhänglichkeit und Zärtlichkeit. Sonst fällt nur ihre — in Anbetracht des Vorgefallenen — große, fast starre Ruhe auf. Pat. fügt sich wider-



spruchlos der Hausordnung ein, anscheinend ohne unzufrieden zu sein. Nach Aussage der Angehörigen soll sie zu Hause ein stilles und zärtliches Kind gewesen sein. Doch zeigte sie gelegentlich Eigensinn und ist sehr heftig, ja jähzornig, im Jähzorn benimmt sie sich so lieblos, spricht so harte Worte, wie man es von ihr nicht erwarten würde; sie beruhigt sich aber bald.

Bei Schulfreundinnen eingeholte Angaben besagen bloß, daß Pat. keine ganz intime Freundin hatte, daß sie sehr heftig und aufbrausend war. Sie galt auch als „herzlos“, weil sie Medizin studieren und Chirurgin werden wollte.

20. 8.: Pat. verhält sich vollkommen ruhig und gefaßt. Sie antwortet aber ungern, namentlich ist ihr das Sprechen über die Tötung des Kindes unangenehm.

Über ihre Tat befragt erklärt sie wiederholt, daß das getötete Kind ihr nicht leid tue, wohl aber die Eltern, namentlich die Mutter des Kindes. Über die Motive zur Tat weiß sie nichts anzugeben. Es sei ihr traurig zu Mute gewesen. Sie habe am Nachmittag den Plan gefaßt, das Kind umzubringen, um nach Hause fahren zu können. Sie habe aber auch gleich gedacht, man werde sie ins Gefängnis bringen, doch habe sie sich dadurch nicht zurückhalten lassen. Sie habe die Absicht gehabt, dem Kinde mit einem Tischmesser die Kehle zu durchschneiden, habe sich aber davon überzeugt, daß das Messer zu stumpf war. Nachdem sie am Abend die Kinder zu Bette gebracht hatte, ging sie an die Ausführung ihres Planes. Im Nebenzimmer lachten und scherzten die Mägde. Sie wollte sich anfangs nur überzeugen, ob sie überhaupt imstande sei, ein Kind umzubringen, nachdem sie aber einmal fest zugegriffen hatte, konnte sie nicht mehr zurück, weil das Kind angefangen hatte zu schreien, und weil es sich wehrte. Nachdem das Kind erwürgt war, legte sie sich angekleidet zu Bett und wurde bald darauf von der Mutter des Kindes überrascht, der sie weismachte, die Kinder seien ruhig, und der sie die Möglichkeit nahm, sich davon zu überzeugen, indem sie das mitgebrachte Licht auslöschte. Schon vor der Tat hatte sie ihre Sachen gepackt. Darauf legte sie sich hin und schlief schlecht und wenig, erwachte darauf mit Kopfschmerzen. Sie rechnete damit, nunmehr verhaftet zu werden, fürchtete, man werde sie nicht frühstücken lassen, und wandte sich am frühen Morgen deshalb an die Magd mit der Bitte, ihr etwas zu essen zu geben. Nachdem sie gegessen hatte, teilte sie der Magd den Mord mit. Sie wunderte sich sehr, daß man sie darauf unbehelligt reisen ließ. Der Vater des Kindes sagte ihr: „Sie sind wohl verrückt?“, als er das tote Kind gesehen hatte, worauf sie antwortete: „Vielleicht“.

Pat. zeigt keine Spur von Reue. Sie bricht beim Anblick ihrer Mutter in Tränen aus und weint lange. Dem Arzt gegenüber verhält sie sich sehr zurückhaltend, sie erzählt nur wenig, muß stets aufgefordert werden zu sprechen. Es ist sicher keine Gedächtnislücke bei ihr vorhanden, ebenso deutet nichts auf einen während der Tat vorhandenen, etwa nicht erwähnten Affektzustand. Ebensowenig läßt sich auf eine dabei vorhandene sexuelle Erregung schließen.

27. 8.: Anscheinend etwas deprimierte Stimmung. Benimmt sich völlig korrekt, weiß sich in die Umgebung zu schicken. Stets bei Besuchen

der Angehörigen Tränenausbrüche. Dem Arzt gegenüber kühles, fast feindseliges Verhalten. Hat gehört, daß man sie wegen vorübergehender Geisteskrankheit nicht für schuldig halte, ist darüber entrüstet, kann aber nicht angeben, warum sie das Kind getötet hat. Keine Spur von Reue. Pat. wünscht bloß, nach Hause zu kommen.

14. 9.: Bis jetzt vollkommen korrektes Verhalten. Pat. hat auch während eines von anderen Patientinnen vollführten Krawalles sowie überhaupt in der ungewohnten Umgebung sich ruhig und vernünftig benommen. Sie ist den ganzen Tag mit Handarbeiten beschäftigt, ist in sich gekehrt, spricht so gut wie nie mit den anderen Pat. Pat. hat von einer Mitkranken ohne besonderen Unterricht das Spitzenklöppeln erlernt. Pat. ist sehr zurückhaltend, fast abweisend. Das Ausgefragtwerden sowie das Sprechen über ihren Fall ist ihr sehr peinlich. Befragt, ob sie jemals wieder eine Stelle als Kinderfräulein annehmen würde, meint sie: „Nein. Ich traue mir selbst nicht mehr." Doch wiederholt sie, daß ihr das Kind nicht leid tue. — Da es der Pat. so ungemein schwer fällt, über ihren Fall zu sprechen, wird ihr vorgeschlagen, ihre Erinnerung und ihre Auffassung davon aufzuschreiben.

1. 10.: Bis jetzt unverändert. Pat. betrachtet anscheinend die Tat als nicht geschehen; bis jetzt ist weder Reue noch ein wirkliches Verständnis festzustellen. Pat. hat sich an den Sonntagsunterhaltungen beteiligt, hat auch gelacht, obschon sie sehr zurückhaltend ist. Sie macht ihre Handarbeiten mit großem Fleiß. Ist stets sehr bewegt bei Besuchen der Angehörigen. Pat. hat das gewünschte Schriftstück angefertigt.

20. 10.: Unverändert. Sehr zurückhaltend, verkehrt nicht mit den anderen Kranken. Arbeitet den ganzen Tag über mit großem Fleiß.

1. 11.: Unverändert. Pat. weiß nicht anzugeben, warum sie das Kind getötet hat; sie erklärt, daß es ihr nicht leid tue, daß aber ihre eigenen Eltern wegen der großen Sorgen, die sie (Pat.) ihnen bereitet, ihr leid tun. Pat. möchte nach Hause, hat am Sonntage gelacht und getanzt.

20. 11.: Pat. ist unverändert. Es muß hervorgehoben werden, daß in allen Antworten, die die Pat. gegeben hat, bis jetzt noch nie eine Variante, geschweige denn ein Widerspruch festzustellen gewesen ist. Pat. vermag noch eine Menge von Kleinigkeiten anzugeben, aus denen hervorgeht, daß ihr Gedächtnis für die in Frage stehende Zeit gänzlich intakt ist, und ferner, daß sie den Mord mit äußerster Umsicht bewerkstelligt hat sowie das Nichtentdecktwerden an demselben Abend. Sie gibt auch an, das tote Kind mit dem Kissen bedeckt zu haben, um dem anderen Kinde, wenn es zufällig wach werden sollte, den Anblick zu ersparen.

Bis jetzt ist die Menstruation ausgeblieben. Pat. wurde heute entlassen. —

Es folgen nunmehr die Aufzeichnungen der H. S. Dazu ist zu bemerken, daß die unbeholfene Ausdrucksweise sowie der (vielfach) undeutsche Stil daher kommen, daß Pat. ein russisches Gymnasium besucht hat und besser russisch schreibt als deutsch.

„Es war den 13. August um 1 als man aus dem Hilfscomité mich benachrichtigte, daß diese Stelle zu haben ist, und ich wollte hingehn, aber ich fürchtete mich schrecklich, ich weiß nicht, warum, und ich wäre nicht



hingegangen, wenn an der Stelle was zu zweifeln wäre. Als ich wegen der Stelle hinging, mußte ich dreimal klingeln, bis mir geöffnet wurde. Ich freute mich so, ich dachte, daß ich die Stelle nicht bekomme, und als nach dem dritten Mal Klingeln doch geöffnet wurde, so war ich ganz unglücklich. Ich wollte ja eine Stelle haben, aber ich fürchtete mich so, denn ich bin schrecklich unselbständig, und am liebsten hätte ich die Stelle nicht angenommen, aber ich dachte, ich bin schon so groß und falle immer noch meinen Eltern zur Last, andere in meinen Jahren verdienen sich schon lange ihr Brot selbst. Wenn es von mir abhängen würde, so möchte ich am liebsten mein ganzes Leben bei Mama bleiben. Seit der fünften Klasse, also seitdem wir in D. leben, fing ich an ernstlich darüber nachzudenken, was ich denn eigentlich in der Zukunft lernen will für mein Leben, wozu ich denn eigentlich eine Neigung habe. Und ich konnte nichts finden, was ich mein ganzes Leben lang immer mit Liebe getan hätte. Ich habe keinerlei hervorragendes Talent, aber wenn ich fleißig wäre, wenn ich Ausdauer hätte, so hätte ich es auch vielleicht zu was gebracht. Ich habe einen sehr guten Kopf zum Lernen, ich lerne sehr leicht, und darum habe ich es mit dem Lernen niemals ernst genommen. Ja, ich lerne sehr leicht, aber ich vergesse ebenso leicht, wie ich lerne. Vielleicht vergesse ich so leicht, weil ich niemals ordentlich gelernt habe. Ich war niemals eine gute Schülerin, es waren viele, die besser lernten. Der Gedanke, daß ich keine Zukunft habe, so wie es mir gefallen würde, war mir schrecklich. Ich weinte oft, und da kamen auch die Selbstmordgedanken. Besonders oft in den letzten zwei Jahren. In der 5. Klasse dachte ich: ach, ich habe ja noch Zeit über meine Zukunft nachzudenken. Ich absolviere zuerst das Gymnasium und dann wird man sehen. Aber im vorigen Sommer, als eine Zeit lang die Frage wieder war, soll ich in die 8. pädagogische oder in die 8. allgemeinbildende Klasse eintreten, d. h. wieder sollte ich entscheiden, was ich werden will: will ich studieren oder will ich Volksschullehrerin werden. So dachte ich sehr ernst an Selbstmord, aber da kam meine Krankheit dazwischen (vielleicht habe ich mich auch nur darum erkältet, weil ich absichtlich sehr unvorsichtig war, da ich an Selbstmord dachte; es wäre mir natürlich lieber gewesen an einer Krankheit zu sterben, als mir selbst das Leben zu nehmen). Aber ich wurde gesund und lernte auch, wenn auch mit Widerwillen, in der 8. Klasse. Vielleicht wäre es auch zum Selbstmord gekommen, ich weiß es nicht, aber zufälligerweise lebte ich diesen Winter sehr lustig und hatte viel Zerstreuung, und das lenkte mich sehr von diesen Gedanken ab. Einmal war es aber doch sehr ernst damit geworden. Als die Deutschen hier einzogen, haben sie gleich am Anfang einen Befehl herausgegeben: es wurde allerhand verboten; unter anderem war verboten nach 5 auf die Straße zu gehen — „zuwiderhandelnde werden erschossen". Ich hatte mir fest vorgenommen herauszugehen, aber mit dem Erschießen war es nicht so streng, denn man wurde zuerst dreimal auf die Kommandantur gebracht und angeschrieben, und dann hätten sie mich doch wahrscheinlich nicht erschossen, sondern hätten zu Hause angesagt, daß man auf mich aufpassen soll usw., mit einem Wort, es ist nichts ausgekommen. Ich habe es nicht mal versucht.

Als ich 10 Jahre alt war, hatte ich eine Freundin, und von der habe



ich zum ersten Mal von Selbstmord gehört. Ich weiß nicht, kam sie sich besonders interessant vor mit solchen Gedanken, aber sie erzählte immer, daß sie nicht mehr leben will, daß sie lebensüberdrüssig ist (sie war 11 Jahre alt). Sie erzählte sogar, wie sie versucht hat sich das Leben zu nehmen. Ich glaubte ihr alles, aber ich beredete sie damals, sie soll doch weiter leben, und fand es sehr dumm von ihr, daß sie sich das Leben nehmen will. Sie beredete mich auch, daß ich mir das Leben nehmen soll, aber damals war ich damit nicht einverstanden. Als Grund zum Selbstmord gab sie mir eine unglückliche Liebe an. Vielleicht haben sich diese Gedanken so bei mir angesetzt, ohne daß ich selbst das merkte, und sind jetzt aufgetaucht, sonst hätte ich mich gezwungen, mich zu irgendeiner Beschäftigung zu entschließen ohne an Selbstmord zu denken, denn es leben doch so viele Menschen, die mit ihrem Beruf unzufrieden sind und sich nur an ihn gewöhnt haben. Als ich das Kind gemordet hatte, dachte ich auch an Selbstmord. Aber mich aufzuhängen oder zu ersäufen im Graben — gegen einen solchen Tod habe ich einen schrecklichen Widerwillen. Ich habe einmal im Kino einen Gehenkten gesehen, und das sah gräßlich aus, und wenn ich an Ertrinken dachte, so dachte ich immer, daß mich Krebse auffressen werden, und das kann ich nicht ausstehen. Hätte ich einen Revolver gehabt, ich hätte mich bestimmt erschossen.

Dadurch, daß ich keine Zukunft habe, ist mir die Gegenwart auch so gleichgültig geworden. Ich lasse alles über mich ergehen, wenn ich nur die Meinigen dann und wann sehen kann. Wenn ich hier nicht jeden Tag besucht worden wäre, so weiß ich nicht, was ich gemacht hätte. Ich erwarte sie jeden Tag mit solcher Sehnsucht, als ob ich sie wochenlang nicht gesehen hätte.

Es ist mir so, als ob meine Gefühle für Außendinge abgestorben sind. Ich spreche vieles nach alter Gewohnheit oder auch darum, weil es die Menschen so reden und es auffallen würde, wenn ich anders sprechen würde, und dann muß man Erklärungen geben, und das ist langweilig. Ich glaube, ich könnte jetzt niemand ernstlich lieb gewinnen, so gleichgültig ist mir alles, und meine Eltern und Geschwister liebe ich nur noch darum, weil ich sie schon früher wirklich lieb hatte. Ich habe bemerkt, daß ich nur noch im ersten Augenblick ein wahres Gefühl von Freude oder Ärger oder einerlei was haben kann, und schon im nächsten Augenblick ist es mir einerlei.

Ich bin ganz gesund, es ist alles Unsinn, daß ich krank sein soll. So viele Menschen morden und werden ins Gefängnis gesetzt und werden nicht als krank angesehen, und ich soll plötzlich krank sein. Und wenn ich nicht Erika (Schwester der Pat.) versprochen hätte, nicht zu zerreißen, was ich einmal geschrieben habe, so hätte ich das ganz bestimmt getan.....

Mich wundert nur eins: ich vergesse sehr oft, warum ich hier bin und dann fällt es mir ein: das Kind. Wenn ich zu Hause wäre, hätte ich es schon vergessen! Es fällt mir sehr schwer zu schreiben, weil ich sehr verschlossen bin. Ich glaube, das kommt davon, daß die wenigen Freundinnen, die ich hatte, mich doch immer im Stich ließen. Ich war in der Freundschaft immer die Gehorchende, und ich war sehr geduldig,



aber ich bin eifersüchtig, und wenn ich sehe, daß jemand bevorzugt wird, so ist es mit der Freundschaft aus.... Zu Hause kann ich recht eigensinnig sein (was ich eben noch bin) und zuweilen unausstehlich.... Ich bin schrecklich heftig. In der letzten Zeit habe ich versucht mich zusammen zu nehmen.....

Von den vier Nächten, die ich auf dem Lande war, habe ich nur eine geschlafen, die von Sonnabend auf Sonntag. Die ersten zwei Nächte konnte ich mich nicht an das Geräusch, das die Kinder machten, gewöhnen. Das ältere Kind knirschte mit den Zähnen, und das jüngere schmatzte im Traume; dazu kam noch das, daß das Bett viel zu kurz war für meinen Wuchs, und die Befürchtung, daß ich nicht hören werde, wenn die Kinder in der Nacht rufen. In der dritten Nacht war ich so müde, daß ich trotz allem schlief. Die vierte Nacht war die nach dem Morde, da hatte ich mich wohl ins Bett gelegt, aber in Kleidern, und ich hatte auch kein Kissen, es lag auf dem Kinde. Ich schlief immer den Kopf sehr hoch, und da ich so flach lag, bekam ich schreckliche Kopfschmerzen. Der Kopf schmerzte mir dermaßen, daß ich am Morgen nur schwer verstand, was gesprochen wurde. Freitag und Sonnabend wollte das ältere Kind gar nicht mit mir gehen, denn es wurde gedroschen, und es fuhr mit den Säcken mit. Einerseits war ich sehr zufrieden damit, denn der kleine Junge machte mir auch genug zu schaffen: ich mußte immer dahin gehen, wohin er wollte, denn sonst fing er an zu weinen. Andererseits fürchtete ich, daß etwas passierte, denn ich wäre sonst in Verantwortung. Sonntag Morgen gelang es mir mit beiden Kindern die Landstraße heraus zu gehen. Jedenfalls, wenn auch die Kinder sich dann und wann in die Haare kamen, es ging sehr gut. Bis zum Mittag, dann lief mir doch das ältere Kind weg. Das hat mich sehr gekränkt. Als ich nach dem Mittag mit dem jüngeren Kinde wieder die Landstraße heraus ging, war ich so weit, daß ich mich an den Weg setzte und weinte. Und ich konnte mich nicht einmal ordentlich ausweinen, denn es ging jeden Augenblick jemand vorüber, und ich wollte doch nicht zeigen, daß ich weine. Und ich bekam solche Sehnsucht nach Hause. Ich war so ganz allein, die Dame hielt sich sehr zurück, und das war doch meine erste Stelle, und auf fremder Stelle bin ich sehr unselbständig. Und da kam mir der Gedanke: wenn ich ein Kind morden würde, käme ich nach Hause. Nein, dachte ich, ich komme auch so nach Hause, ich brauche gar nicht das Kind zu morden. Kann ich aber ein Kind morden? Nein, ich kann kein Kind morden! Warum nicht? Was ist denn dabei, ein Kind zu morden! Wenn ich es versuchen würde. Welch ein Unsinn, ich soll ein Kind morden! Ja, aber warum nicht? Wenn ich es versuchen sollte. Ich kann es ja nicht. Warum nicht, es gilt ja nur zu versuchen. Ja, aber welches Kind? Das ältere Kind scheint das Lieblingskind zu sein, aber das jüngere ist ein Knabe und bei Von's wird Gewicht gelegt auf männliche Erben. Also das ältere. Aber wie soll ich es morden? Mit einem Messer den Hals durchschneiden. Gut, also heute am Abend, wenn das Kind schläft, nehme ich ein Messer (was für ein Messer, daran dachte ich nicht, nur ein Messer) und ermorde das Kind. Und ich war über diesen Beschluß so froh geworden, als ob das meine Befreiung wäre. Ich dachte sogar, daß, wenn die Dame mich später behalten wollte, dann hätte ich es leicht.



Nein, dachte ich, sie wird mir das zweite Kind nicht anvertrauen, wenn ich eins umbringe. Und der Zufall half mir dadurch, daß die Eltern den Abend ausfuhren ins Nebengut zu den Eltern von Herrn v. R. Ich war besonders gut gegen das ältere Kind. Nach dem Abendbrot habe ich ihm ein viel größeres Stück Brot mit Honig gegeben, als dem Jungen. Ich dachte: morgen bist du nicht da. Als die Kinder schlafen gegangen waren, ging ich auf den Hof und wartete auf mein Abendbrot (ich aß später). Als ich auf dem Hofe war, überlegte ich mir, was ich denn anfangen werde. Und ich dachte es mir so. Zum Abendbrot bist du allein, dann nimmst du aus der Buffetschublade ein Messer und steckst es in die Tasche. Wenn du ins Kinderzimmer kommst, packst du zuallererst deine Sachen und dann kommt das Kind an die Reihe. Und so habe ich es auch getan, nur daß, als ich das Messer untersuchte, es mir zu stumpf schien und ich mich erinnerte, daß ich einen Roman gelesen hatte, in welchem einer durch Kissen erstickt wird. Ich packte meine Sachen, dann kleidete ich mich ganz aus, sogar das Hemd zog ich aus, denn ich dachte: wenn ich schneide, wird das Blut spritzen und die Kleider beschmutzen; dann schien mir aber das Messer zu stumpf (die ganze Zeit über mußte ich sehr vorsichtig sein, denn nebenan im Zimmer waren zwei oder drei Mägde). Als ich das Kissen schon über dem Kinde hielt, zweifelte ich sehr, ob ich es tun soll. Wozu tue ich das? Aber in demselben Augenblick fiel nebenan im Zimmer etwas hin und zerbrach. Es war ein Glas oder vielleicht ein Spiegel (die Mägde wollten zur Hochzeit gehen und kämmten sich); jedenfalls wurde da darüber sehr laut gelacht und gesprochen. Und mir kam der Gedanke: wenn du schon so weit bist, daß du das Kissen über dem Kinde hältst, was wartest du noch; nebenan ist es eben so laut, wenn das Kind schreit — niemand hört es. Und ich habe es getan, und das Kind schrie, und niemand hat es gehört, trotzdem es nebenan schon still geworden war. Und als das Kind schrie, bekam ich direkt eine wahnsinnige Angst, daß jemand kommen würde. Ich hatte eine solche Angst, und ich fing an so zu zittern, daß ich ganz schwach wurde, ich hatte überhaupt gar keine Kraft mehr in den Fingern. Ich weiß eigentlich gar nicht, wie ich das Kind erwürgt habe. Und als das Kind tot war, war ich so schwach, daß ich mich kaum ankleiden konnte, und ich legte mich gleich hin. Schlafen konnte ich nicht, denn ich fürchtete, das Kind würde anfangen zu leben. Und nach einiger Zeit kamen die Herrschaften; da kam die Magd im dunklen und nahm von meinem Nachttisch die Benzinlampe und Zünder. Ich bin beinahe ohnmächtig geworden vor Angst, daß es jetzt gleich herauskommen wird. Die letzte Nacht sollten sie ruhig schlafen, und dann war mir der Gedanke schrecklich, sie könnten das Kind wieder ins Leben zurückrufen. Und da hörte ich, wie die Dame zur Magd sagte, sie bringt selbst die Lampe weg. Und sie kam auch mit einer brennenden Lampe. Ich machte so, als ob ich schliefe, aber da ich in Kleidern war, weckte sie mich auf. Sie fragte mich irgend etwas, ich weiß nicht mehr was. Dann fragte sie, wo mein Kissen ist; ich sagte: es ist unter das Bett gefallen, und dabei lag es auf ihrem eigenen toten Kinde. Ich nahm ihr die Lampe aus der Hand und löschte sie aus. Sie sagte, ich sollte mich auskleiden und mein Kissen aufsuchen; ich antwortete, daß ich es im dunklen auch tun kann, und als sie dann durchs



dunkle Kinderzimmer in ihr erleuchtetes Schlafzimmer gegangen war und die Tür zugemacht hatte, zündete ich die Lampe an und saß so, bis ich mich beruhigt hatte, dann verlöschte ich die Lampe und legte mich hin. Am Morgen wusch ich mich, dann weckte ich die Magd und ging selbst auf den Hof, mich zu erfrischen, denn ich hatte schreckliche Kopfschmerzen. Als ich zurückkam, bat ich die Magd um Brot, und als ich es aufgegessen hatte, sagte ich der Magd, daß ich das Kind gemordet hätte, und zeigte es ihr. Sie war sehr erschrocken, rief zuerst die anderen Mägde und dann den Herrn. Auf das laute Hin-und-her kam auch die Frau heraus. — Dr. B. hat mich gefragt, ob ich mit dem Kinde Mitleid habe; ich sagte: nein, mit dem Kinde nicht, aber mit den Eltern. Das ist aber nicht wahr. Die Eltern sind mir ebenso gleichgültig, wie das Kind. Fremde Menschen. — Als die Mutter das Kind sah, schrie sie laut auf und faßte sich am Herzen, und ich dachte: sie macht es ja ganz ebenso wie im Kino, oder die im Kino machen es ebenso gut, wie die in Wirklichkeit. Eins wundert mich sehr: ich habe die ganze Zeit geweint. Bevor ich es der Magd sagte, war ich ganz ruhig, sogar ein bischen lustig; aber als ich es gesagt hatte, mußte ich die ganze Zeit weinen, ich weiß nicht warum. Nur auf dem Wege zur Stadt beruhigte ich mich ein wenig, aber zu Hause ging es wieder los. Ich schreibe alles so, als ob es mich gar nichts angeht, wie einen gleichgültigen Aufsatz.

Ich dachte zuerst, ich werde dem Kind nicht ins Gesicht sehen, es könnte vielleicht zu schrecklich aussehen. Aber am Morgen konnte ich nicht anders, ich habe es mir angesehen. Es war gar nicht schrecklich, nur aus der Nase war etwas geflossen, es hatte wahrscheinlich Schnupfen, und ein paar Blutstropfen waren auf dem Kissen. Die Zunge war auch heraus. Sonst war das Gesicht sehr bleich, und auf dem Halse waren sehr viele blaue Flecke.

Ich habe früher niemals so direkt gedacht, daß ich einen Menschen morden möchte. Ich dachte wohl, daß wenn jemand mir sagen würde, er will und kann nicht mehr leben, aber er selbst hat nicht die Kraft sich das Leben zu nehmen, so würde ich ihm helfen, d. h. ich hätte ihn gemordet. Ich weiß nicht, ob ich es wirklich getan hätte, aber ich habe es mir wenigstens so gedacht. Nein, ich hätte es nicht getan, denn es ist jemand da, den ich kannte, der sich das Leben nehmen wollte, und ich erinnere mich, daß ich dagegen sprach..... Ich habe niemals Tiere gequält oder umgebracht aus Bosheit oder zum Vergnügen, im Gegenteil, ich habe Tiere sehr gern......". —

Das Gutachten lautete, daß die H. S. sich zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand. Die Anklage wurde vom Untersuchungsrichter nicht weiter verfolgt.

Während des Jahres 1919 lebte die Pat. in strenger Zurückgezogenheit bei ihren Angehörigen, welche befürchteten, sie würde sich das Leben nehmen. Sie sprach nie über den Fall, war, wie übrigens auch sonst, den Angehörigen gegenüber verschlossen und zurückhaltend. Im Laufe des Jahres machte sie mit unermüdlichem Fleiß Handarbeiten und erlernte das Maschinenstricken. Im Jahre 1920 war ihr Leben das gleiche. Ihre Schwester, die Ärztin ist, die sie täglich sah, meint, daß sie sehr



schwer unter dem Vorgefallenen leide, ohne daß sie es ausspreche. Sie arbeitete viel, machte Hausarbeit, erlernte das Massieren.

1921: Pat. ist reifer und „verständiger" geworden. Sie arbeitet sehr viel, „um nicht denken zu müssen". Dem Arzt gegenüber, der sie 1918 begutachtete, ist sie freier und zugänglicher als je. Sie erinnert sich der Einzelheiten der Tat ganz genau. Sie weiß auch jetzt nicht anzugeben, warum sie das Kind getötet hat; sie meint aber, sie müsse damals nicht normal gewesen sein, obschon sie andrerseits das nicht versteht und nicht zugeben kann. Sagte der Mutter beim Anblick eines Busches blühender Dizentra (in Livland „gebrochenes Herz"), ohne daß sie sonst einen aktuellen Grund dazu gehabt hätte: „Mein Herz ist auch gebrochen".

Sonst unverändert. Noch immer Neigung zu Jähzorn. Menses seit 1919 in Ordnung. Pat. hat sicher weder in intellektueller, noch in moralischer Hinsicht Abweichungen von der Norm.

Reue hat sie bis jetzt nie gehabt. Sie bedauert den Tod des Kindes und namentlich die Mutter des Kindes, aber ungefähr so, als ob sie ganz indirekt und zufällig und unwissentlich die Todesursache geworden wäre. Sie fühlt keine eigentliche Schuld, es ist ihr alles, als ob es im Traume geschehen wäre. Und doch ist „ihr Herz gebrochen". (5. Juni 1921.)

Sie spricht nie über den Fall, aber ihre Angehörigen meinen, daß sie das Vorgefallene nicht vergesse und schwer daran trage. —

Wenn wir die Persönlichkeit der Patientin, wie sie uns in der Krankengeschichte und in ihren eigenen Aufzeichnungen entgegentritt, beurteilen, so müssen wir zum Schluß kommen, daß die Pat. außer dem Gewaltakt keinerlei Anzeichen einer geistigen Störung gezeigt hat. Man könnte aber doch auf eine gewisse kindliche Unselbständigkeit, ein zu großes, zu leicht gewecktes Gefühl der Verlassenheit und Vereinsamung hinweisen, z. B. wenn sie schreibt, daß es sie gekränkt hat, daß das eine Kind weglief, wie sie sich ihrer Aufgabe nicht gewachsen fühlt, wie sie in Tränen ausbricht und nicht weinen kann. ...„ich bekam solche Sehnsucht nach Hause. Ich war so ganz allein, die Dame hielt sich sehr zurück, und das war doch meine erste Stelle...". Dieses Maß an Unselbständigkeit ist aber der Entwicklungsstufe eines achtzehnjährigen Mädchens angemessen, d. h. nicht ungewöhnlich. Vielleicht aber ist etwas ungewöhnlich, wenn ein achtzehnjähriges Mädchen schreibt: „am liebsten möchte ich mein ganzes Leben bei Mama bleiben", doch ist auch das wohl durchaus in den Grenzen der Norm. Jedenfalls wird man schließen können, daß die Pat. im Jahre 1918 noch nicht die Reife eines ganz erwachsenen Mädchens erreicht hatte. Ein halbes Jahr vorher hat sie noch das ganz backfischmäßige Schwärmen für einen frühen Tod, Selbstmord usw. und wird durch allerhand Vergnügungen von dieser ihrer Todessehnsucht abgelenkt.

Dieses nicht ganz erwachsene Mädchen tritt seine erste Stelle mit großer Bangigkeit an und verzagt ganz und gar am dritten Tage, das Heimweh wird akut. Bereits am ersten Tage ist die Menstruation eingetreten, die viele Monate ausgeblieben war, und es ist wohl nicht zu bezweifeln, daß die krankhafte Stimmung, in die die Pat. am dritten Tage geriet, zum Teil auf die Menstruation zurückgeführt werden muß.

In dieser krankhaften Stimmung kommt der Gedanke, ein Kind zu töten, um dann nach Hause kommen zu können. Der Gedanke hat einige Elemente einer echten Zwangsvorstellung, aber die Pat. unterliegt sogleich, indem sie mit dem Entschluß, bloß zu versuchen, ob sie überhaupt imstande ist ein Kind zu töten, den Antrieb, das Kind zu töten, vor sich selbst verdeckt oder umgeht. Dabei fühlt sie sich befreit von der auf ihr ruhenden Last. Es scheint sogar, daß das Heimweh sie verläßt, da sie meint, es hier in Zukunft leichter zu haben. Nunmehr folgt die sorgfältige, planmäßige Vorbereitung des Mordes und der Abreise — was nur durch die krankhafte Stimmung erklärt werden kann, denn an Überlegung und Umsicht der Pat. ist gar kein Zweifel möglich. Wollte man die krankhafte Heimwehstimmung nicht so hoch einschätzen, so müßte man annehmen, wie auch aus der Schilderung der Pat. hervorgeht, daß sie, noch zweifelnd, ob sie ihr Vorhaben ausführen sollte oder nicht, das Kind erwürgte, um durch das Schreien des Kindes nicht verraten zu werden. Die Ausführung des Mordes hat die Eigenschaften eines impulsiven Aktes — es gibt bei der Pat. keine Bedenken mehr. Sie weiß nachher nicht anzugeben, wie sie das Kind erwürgt hat. Das Gutachten nahm auf Grund der bei der Pat. vorausgesetzten krankhaften Stimmung, die zu einer impulsiven Handlung führte, eine vorübergehende krankhafte Störung der Geistestätigkeit an.

Von einer hereditären Belastung kann kaum die Rede sein: die Eltern und Geschwister der Pat. sind gesund. Die „kleptomanische“ Schwester der Großmutter von mütterlicher Seite ist doch wohl etwas entfernt verwandt. Die Pat. selbst ist gesund. Sie hat keinen abnormen Charakter. Sie ist nicht „nervös“, nicht „hysterisch“, sie hat keine hypochondrischen usw. Symptome, sie hat keine abnorme oder auch nur gut entwickelte Phantasie, keine Labilität der Affekte, keinen Trieb, eine Rolle zu spielen usw., Pat. lügt nicht, schneidet nicht auf; sie hat keine sexuellen Abnormitäten; sie hat nie Zwangszustände gehabt: kurz, sie hat keine psychopathische Veranlagung.

Wir kommen daher zum Schluß, daß es sich in unserem Falle tatsächlich um einen Zustand von vorübergehender Geistesstörung gehandelt hat, dessen einziges Symptom — soweit objektiv nachweisbar — der Gewaltakt war, während die Täterin sowohl vorher wie nachher als psychisch gesund zu betrachten ist. Daß die Tat selbst der Pat. etwas fremdes bedeutet, das mit ihrem wirklichen Leben nichts zu tun hat, darauf weist auch die keineswegs auf Mangel an Einsicht oder Gemüt beruhende Abwesenheit jeglicher Reue hin — die mit dem Bedauern, daß durch sie das Kind sein Leben verlor, nicht zu verwechseln ist.

Ist nun die Tat selbst als Triebhandlung zu bezeichnen? Man könnte auch an eine impulsive Zwangshandlung denken, beides aber nur als Ausfluß, als Symptom eines krankhaft veränderten und eingeengten Bewußtseins. Die Patientin selbst hat nicht das Gefühl



gehabt, einen fremden, ihr unnatürlichen Gedanken zu haben, oder aber, wenn es auch anfangs in unklarer Form bei ihr vorhanden war, so ist es gleich geschwunden; die Pat. hat den Entschluß, das Kind zu töten, stets als ihren eigenen betrachtet. Die Annahme einer Zwangshandlung scheint somit nicht genügend begründet. Nehmen wir eine Triebhandlung an, so ist das anfängliche Schwanken, dann die planmäßige Vorbereitung der Tat kaum mit unserer Begriffsbestimmung einer Triebhandlung in Einklang zu bringen. Wir müßten dann annehmen, daß Triebhandlungen zuweilen auch in so komplizierten Formen verlaufen können. Jedenfalls haben wir nicht das Recht, aus dem überlegten und geordneten Vorgehen der Patientin mit Sicherheit auf die Unmöglichkeit einer Triebhandlung zu schließen. Man könnte die Tat auch als Willenshandlung bei krankhaft gestörtem Bewußtsein auffassen — soweit so etwas möglich ist.

Es wäre noch die Frage möglich, ob nicht der Menstruation die Hauptrolle beim Zustandekommen der Tötung zuzuschreiben ist, so daß das Heimweh nur einen zufälligen Bestandteil der krankhaften Stimmung bildet. Dazu käme noch, daß die Patientin ja keineswegs gezwungen war, auf ihrer Stelle zu bleiben, sondern sie zu jeder Zeit verlassen konnte, wodurch das Heimweh den größten Teil seiner Schärfe verlieren mußte. Daß die Tötung ohne die Menstruation nicht zustande gekommen wäre, ist wahrscheinlich oder mehr als wahrscheinlich; wir entnehmen aber aus der Geschichte der Patientin, daß die Abneigung gegen das Verlassen des elterlichen Hauses schon vorhanden war, bevor die Patientin ihre Stelle antrat, daß dieses Gefühl sie nie verlassen hat und sich schließlich darin äußerte, daß sie neben den Vorbereitungen zur Tötung des Kindes auch Vorbereitungen zur Heimkehr ins elterliche Haus trifft. Wir konstatieren ferner eine unverkennbare Analogie mit einigen der von *Jaspers* mitgeteilten Fälle, so daß die Zurückführung der Tötung auf Heimweh ausreichend begründet ist, zumal in den *Jaspers*schen Fällen die Menstruation keine Rolle spielt.



Über eine psychische Endemie infolge Spiritismus[1].

Von

Dr. **Grage,** Assistenzarzt.

Kolb[1]) erließ kürzlich einen Mahnruf an die Ärzte als die berufenen Hüter der Volksgesundheit, der okkultistischen Welle, welche über unser Volk hereinzubrechen scheint, sich entgegenzuwerfen. Die schädigenden Einflüsse des europäischen Krieges, die wirtschaftliche Notlage unseres Vaterlandes haben einen günstigen Boden für die psychische Infektion geschaffen. So erfreulich die Abwendung vom Materialismus ist, liegt andererseits doch eine große Gefahr für unser durch Krieg und Not zermürbtes Volk in der starken Anziehungskraft, die heute der Okkultismus ausübt.

Schon früher sind Fälle von Geistesstörungen in der deutschen Literatur, wenn auch nicht häufig, beschrieben worden, die auf Beschäftigung mit Spiritismus und mit Hypnotismus zurückzuführen sind. Henneberg[2]) hat eine inhaltreiche Arbeit über Spiritismus und Geistesstörung veröffentlicht. Weygandt[3]) meint in seinem Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien, daß kein Grund zur Beunruhigung vorläge, wenn hier und da psychische Epidemien durch Beschäftigung mit mystischen Dingen entständen, der Kulturfortschritt würde dadurch nicht gehemmt. Diese seine Ansicht war damals, als er sie niederschrieb, vielleicht berechtigt, heute in einer Zeit der Zerrissenheit, in einer Zeit des nationalen Unglücks haben psychische Epidemien, das Blühen von Aberglauben schon eine weittragendere Bedeutung. Wie bedenklich die Beschäftigung mit Okkultismus ist, lehrt das Auftreten von psychotischen Störungen bei dafür Disponierten, bei Leuten mit mangelnder Logik und Fehlen des naturwissenschaftlichen Denkens.

Im Juni 1920 kam es in Chemnitz zu einer gleichzeitigen geistigen Erkrankung dreier Geschwister; auch die Mutter war psychisch alteriert. Diese psychische Epidemie dürfte einige Streiflichter auf das Gebiet des induzierten Irreseins werfen, so daß schon von diesem Gesichtspunkt aus die Publikation berechtigt ist.

---

[1]) Aus der städt. Nervenheilanstalt Chemnitz. Direktor: Prof. Weber.



Über den Begriff des induzierten Irreseins besteht keine einheitliche Auffassung, hinsichtlich der Systematik besteht weitgehende Meinungsverschiedenheit. *Schönfeldt*[4]) zieht m. E. die Grenzen zu eng, wenn er unter das induzierte Irresein nur Fälle von echter Psychose rechnet, wenn er verlangt, daß die Psychose des Induzierten sich noch weiter entwickelt und das implantierte Wahnsystem weiter ausgebaut werden soll. Bei dieser Auffassung würde die Gruppe des induzierten Irreseins sehr eingeengt sein, nur wenige Fälle würden darunter fallen. Diese Gruppe würde der Folie communiquée der Franzosen entsprechen. Dagegen dürfte der Ausdruck psychische Infektion, wie er von *Wollenberg*[5]) in seiner grundlegenden Arbeit geprägt ist, allgemeiner gefaßt sein. Er umfaßt alle durch Beeinflussung entstandenen Stufen psychischer Abnormität von leichter psychopathologischer Beeinflußbarkeit bis zum ausgesprochenen Irresein. Die Bezeichnungen Folie à deux, à trois besagen wenig.

In unserem Falle bedurften drei Geschwister der Aufnahme in einer geschlossenen Anstalt, während die Mutter nur verhältnismäßig geringe Abweichung von der Gesundheitsbreite bot, wie es bei den Induzierten nicht selten vorkommt. Ich lasse kurz das Ergebnis der Beobachtung folgen:

1. Frau S., Mutter der Erkrankten, ist eine zu Aberglauben und Schwarmgeisterei neigende Person. Durch die Erkrankung ihrer Tochter I. wurde sie leicht erregt, unruhig. Beim Wassertrinken entfiel ihr ein Topf, daraufhin war sie ängstlich, die Tochter müsse sterben. Am 24. 6. 20 ließ sie einen Heilmagnetiseur kommen zur Behandlung ihrer Tochter. Im Verlauf von deren Erkrankung ließ sie Gesänge singen, um dadurch deren Befinden zu beeinflussen. Sie kam nicht zur Einweisung in die N. H. A.

2. Irma S., 22 Jahre alt, Arbeiterin. Vater starb an akuter Krankheit. Über erbliche Belastung in der Aszendenz ist nichts bekannt. Anamnestisch ist zu bemerken, daß Pat. von jeher leicht erregbar war.

Seit 1 Jahr wurde sie von der älteren Schwester Hanna zu spiritistischen Sitzungen mitgenommen. Seitdem Pat. im Juni 1920 gesehen hatte, wie man einen ertrunkenen Russen aus der Chemnitz zog, trat langsam zunehmende Erregung mit Verwirrtheit auf. Als einige Tage später ein Arbeitskollege einen Stuhl aus der Chemnitz herausfischte, brach ein heftiger Erregungszustand bei ihr aus. Pat. war verwirrt, sah in jedem Menschen den ertrunkenen Russen, behauptete ihrer Schwester Hanna gegenüber, ihr Bruder Hans sei im Schloßteich ertrunken. Wegen zunehmender Erregung und Verwirrtheit wird Pat. am 25. 6. 20 nachts 2 Uhr mit Auto in Begleitung des Bruders in die städt. Nervenheilanstalt Chemnitz gebracht.

In körperlicher Beziehung ist nur der reduzierte Kräfte- und Ernährungszustand und das Vorhandensein von Stigmata erwähnenswert.

In psychischer Hinsicht bestand bei der Aufnahme ein hochgradiger Verwirrtheits- und Erregungszustand. Pat. war widerstrebend, wurde



gewalttätig, als man sie ins Bett brachte. Die Kranke hatte lebhaften Rededrang, Inkohärenz des Gedankenablaufes, in ihren Reden war ein Anklang an affektbetonte Ereignisse der Jüngstvergangenheit, besonders traten mystische, religiöse Dinge in den Vordergrund: „Der Böse ist in mir, der muß raus. Ihr müßt die Wahrheit sagen! Er guckt Euch in die Augen. Die Stunde hat geschlagen und der Herr hat mich gesandt. In mir ist das Licht. Ich sehe den Bösen vor mir, sie haben ihn aus dem Wasser gezogen. Es war ein Russe und da ist er in mir gekommen. In mir spricht das Medium."

In der Folge hielt der Exaltationszustand an, Pat. wälzte sich im Bette herum, grimassierte, halluzinierte. Sie schlug an die Fenster, streichelte und umarmte andere Kranke. In ihren zerfahrenen Reden kehrten immer Erinnerungen an spiritistische Dinge wieder. Am 3. Tage trat ein Stuporzustand auf, der aber schon am nächsten Tage einem unruhigen, erregten Verhalten wieder Platz machte.

Pat. schimpfte gemein, wurde gegen das Pflegepersonal gewalttätig, spuckte dasselbe an, schlug sogar die Mutter während eines Besuches. Pat. schmierte selten mit Kot.

Am 5. 12. nach $5^1/_2$ Monaten änderte sich das Zustandsbild. Pat. zeigte ruhiges und geordnetes Verhalten, war nur leicht gehemmt. Die Hemmung wurde aber schon nach einer Woche von einem Erregungszustand abgelöst, der mit kurzer Unterbrechung bis zum März dauerte.

Vom 3. 3. 21 trug Pat. ein apathisches Wesen zur Schau. Sie bot abgesehen von einer leichten Hemmung nichts besonderes. Auf ihr Drängen hin wurde sie am 21. 3. gebessert entlassen.

3. Am Tage nach der Zuführung von Irma S. wird nachmittags 3 Uhr deren ältere Schwester Hannchen, 26 Jahre, Arbeiterin, von ihren Angehörigen, darunter der Bruder, in die N. H. A. gebracht.

Auch Hannchen S. soll von jeher eine leicht erregbare Persönlichkeit gewesen sein. Seit 1 Jahr besuchte sie regelmäßig spiritistische Sitzungen und zog dann die ganze Familie in den Spiritismus hinein. Als ihr von ihrer Schwester Irma gesagt wurde, der Bruder Hans sei im Schloßteich ertrunken, brach bei ihr ein Erregungszustand aus. Sie lief in die Fabrik und predigte dort. Sie wurde dann durch die Erkrankung der Schwester sehr beeinflußt, Pat. wurde in derselben Weise erregt und verwirrt, so daß ihre Einweisung in die N. H. A. notwendig wurde.

Körperlich bot Pat. nur einen dürftigen Kräfte- und Ernährungszustand und eine Herabsetzung des Hornhaut- und Würgreflexes.

Psychisch bestand bei der Aufnahme ein Verwirrungs- und Erregungszustand, der dem von Irma S. glich. Pat. war örtlich orientiert, zeitlich dagegen desorientiert. Die Bewegungen der Kranken waren maniriert, die Sprache gekünstelt. Der Vorstellungsablauf war zerfahren. Der Inhalt ihrer Äußerungen hatte viel Ähnlichkeit mit denen ihrer Schwester. Pat. unterlag in den nächsten Tagen dauernd Stimmungsschwankungen. Meistens war sie motorisch unruhig, ängstlich erregt. Sie schrie, wurde gewalttätig, war abweisend, fluchte, hielt den ganzen Saal in Aufregung, nahm sehr mangelhaft Nahrung zu sich.

Nach 11 Tagen am 6. 7. klang der Erregungszustand ab, Pat. war völlig geordnet, psychisch intakt. Am 14. 7. machte sich infolge einer



rigen Parotitis eine Verlegung in das chirurgische Krankenhaus notndig.

4. Beide Schwestern wurden von ihrem Bruder Hans S., 23 Jahre t, in die Anstalt gebracht. Bei der Zuführung von H. S. am 25. 6. 20 l der 23 jährige Bruder durch sein Verhalten auf. Er war aufgeregt, elt Reden in theatralischer Art und renommierte mit seiner „Kraft", rch welche er seine Schwester Hannchen soeben gesund gemacht habe. vor seine Schwester auf Station gebracht wurde, stellte er sich noch mal mit verschränkten Armen vor sie hin und suchte sie zu beruhigen. war der Überzeugung, daß eine der Schwestern geopfert werden müßte. egen seiner psychischen Alteration wurde von dem diensthabenden zt die sofortige Aufnahme von Hans S. veranlaßt.

Anamnestisch ist wichtig, daß Hans S. ein schlechter Schüler war, ist zweimal in der Volksschule sitzen geblieben. Seine Arbeitsstellen t er später oft gewechselt, wenig verdient. Pat. hat sich nicht mit iritismus beschäftigt.

Er gibt an, am 20. 6. sei die Mutter und die beiden Schwestern s einer spiritistischen Versammlung zurückgekehrt. Seine Schwester ma „drang fürchterlich auf ihn ein". Er ließ sich aber dadurch nicht ören. „Nun war eben das, worüber ich mich so wunderte, meine Genken stimmten mit denen meiner Schwester überein." Schließlich ruhigte sich Irma S. Am 23. 6. wurde in seiner elterlichen Wohnung rade Tischrücken veranstaltet, als er nach Hause kam. Die Anwesenn hörten der Irma andächtig zu, welche predigte, sie sei der Heiland. ch hörte mir aus Neugierde den Schwindel mit an." In der folgenden acht hatte Irma einen sehr heftigen Erregungszustand, durch den Hans sehr beunruhigt wurde. Er unterbrach am nächsten Mittag schon die rbeit. Er gab sich alle Mühe, Irma von „diesem religiösen Wahn" abbringen, veranlaßte dann ihre Überführung in die Nervenheilanstalt, he sie alle dahin kämen".

Die körperliche Untersuchung ergibt bei mäßigem Kräfte- und Erhrungszustand Pupillendifferenz, Hornhautreflex fast aufgehoben, achenreflex aufgehoben.

Psychisch war er bei der Aufnahme zerfahren bei erhaltener Orienrung. Er war leicht erregt, unruhig, lächelte ratlos vor sich hin. Es stand Rededrang, er sprach hastig mit etwas zitternder, unsicherer timme. Pat. war schlecht zu fixieren, er wunderte sich über seine Aufhme. Er habe sich nur über die Erkrankung seiner Schwester fgeregt. Seine Schwester Johanna habe er vor den gleichen Qualen, ie Irma sie erduldet, bewahrt, er habe Wunder gewirkt. „Ich glaube cht an die Sachen meiner Schwester, aber es ist merkwürdig, sie hat ir gesagt, daß meine Braut von mir schwanger ist, und nun haben sich e Gedanken auf mich übertragen". Pat. weinte, schlief des Nachts st garnicht.

Am nächsten Tage bot er außer einer Affektlabilität nichts benderes. Er machte einen beschränkten Eindruck. Am 5. Tage seines ufenthaltes wurde er bereits wieder entlassen.

Bei der heute ausgebreiteten Neigung zu freireligiöser Schwärerei ist es nicht verwunderlich, daß sich auch unser sporadischer



Fall einer psychischen Epidemie auf religiösem Gebiet abspielt. Au
diesem Boden versagen die Hilfsmittel des Intellektes, auf ihm e
folgt am leichtesten die Übernahme von Wahnvorstellungen. Ideen
komplexe metaphysischer Natur werden am leichtesten überpflanz

Gehen wir nun zu der Eingruppierung unserer Fälle über, s
liegt auf der Hand, daß es sich bei der Mutter S. um eine leicht
psychische Alteration, um einen kurz vorübergehenden Erregung
zustand gehandelt hat. Sie ist durch ihre geisteskranke Tocht
Irma nicht so weit beeinflußt worden, daß sie in ihrem Abweiche
vom normalen Verhalten direkt bis zu einer Psychose im klinische
Sinne getrieben ist.

Dagegen handelt es sich bei ihrer zuerst eingelieferten Tocht
Irma um eine echte Psychose, welche die charakteristischen Störu
gen der Schizophrenie aufweist. Die Störungen betreffen haup
sächlich das Gemütsleben, es kommt zu einer Spaltung der Persön
lichkeit. Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch den Wechs
zwischen Erregungszuständen mit Verwirrtheit und Stuporzustände

Irma hat durch den Anblick des ertrunkenen Russen ein psychisch
Trauma erlitten, dem bei der Erkrankung eine auslösende Rolle zukomm
Ihre Trugwahrnehmungen spielen sich auf religiösem Gebiet ab, wa
um so verständlicher ist, als hier am leichtesten die Mittel verstande
mäßiger Überlegung versagen. Außer dem erwähnten psychischen Traum
besteht ein ätiologischer Zusammenhang ihrer Geisteserkrankung mi
dem Spiritismus. Durch ihre Beschäftigung mit dem Spiritismus, in de
sie durch ihre ältere Schwester H. mit hineingezogen wurde, ist das Ent
stehen ihrer Erkrankung wesentlich begünstigt worden. Es ist ein häufige
Vorkommnis, daß sich Personen dem Spiritismus zuwenden, welch
bereits erhebliche psychische Störungen aufweisen, das ist durch di
umfassende Arbeit von *Henneberg* über Spiritismus und Geistesstörun
zweifellos bewiesen. Das kann man hier durch die Anamnese ausschließen
Bei Irma S. kommt der Beschäftigung mit dem Geisterglauben nur ein
auslösende Rolle zu. Man kann der Begeisterung für den Spiritismu
vielleicht die Bedeutung eines initialen Symptoms einer chronischen
Psychose beimessen.

Die Psychose von I. S. ist als die primäre Erkrankung in unse-
rem Falle aufzufassen. I. ist die induzierende Persönlichkeit, welche
ihre Wahnideen ihren Geschwistern aufoktroyiert. Sie ist auch die-
jenige, welche zuerst auffallend geistig erkrankte und als erste der
Aufnahme in die Nervenheilanstalt bedurfte. Sowohl *Bleuler* als
Weygandt haben auf die Möglichkeit der Induktion eines Wahnkom-
plexes auf Disponierte durch eine aktive Schizophrene hingewiesen.

Am stärksten macht sich ihr Einfluß auf ihre ältere Schwester
Hannchen bemerkbar. Dieselbe übernimmt die krankhaften Vor-



tellungen des Vorbildes ohne Berichtigung. Die stark affektbetonte lachricht von dem angeblichen Tode des Bruders löst zunächst ine vorübergehende psychische Störung aus. Dann gleitet sie unter em immer mehr wirksamen und stärkeren Einfluß der schwer-rkrankten Irma in eine ausgesprochene Psychose hinein.

Die Einwirkung der psychischen Infektion geht daraus hervor, aß ihre Erkrankung in den ersten Tagen täuschend der ihrer Schwester hnelte. Im akuten Stadium der Erkrankung ist ihre Psychose von einer :hten nicht zu unterscheiden gewesen. Aus dem weiteren Verlauf der rkrankung geht aber hervor, daß man diff.-diagn. eine familiäre De-ıentia praecox ausschließen kann, daß es sich bei Hannchen um eine ınktionelle Psychose hysterischer Färbung, um eine psychogene Re-ktion auf psychopathischem Boden handelt. Durch die Infektion von rma und durch die Beschäftigung mit dem Spiritismus kommt es zum .usbruch einer bis dahin latenten hysterischen Disposition. Der Ein-uß der Psychose von I. und der des Spiritismus läßt sich hier schwer oneinander trennen. Eine ursächliche Bedeutung für ihre Krankheit ıuß man dem Spiritismus schon beimessen. Das Predigen und das Bild eligiöser Ekstase, wie sie es zeitweise bot, ist geradezu charakteristisch ür die durch den Spiritismus hervorgerufene Geistesstörung. Ich er-nnere an das Wort *Charcots*: „Spiritisme agent provocateur de l'hy-terie".

Wäre Hannchen ohne den Einfluß von Irma sicher geistig gesund eblieben? Bei der vorliegenden latenten Disposition und der Begeiste-ung für mystische Dinge ist es nicht ausgeschlossen, daß es bei ihr jeder eit zum Ausbruch einer Geistesstörung hätte kommen können. Liegt un hier ein zufälliges gleichzeitiges Auftreten einer ähnlichen Erkran-ung bei zwei gleichmäßig disponierten blutsverwandten Personen vor? Vein. Aus der ganzen Vorgeschichte geht das dominierende Moment on I. hervor, außerdem ergibt der Verlauf, daß es sich bei der einen ım eine echte Psychose handelt, während bei der andern die Krankheits-rscheinungen nach Trennung von dem Induktor ihre Gewalt verlieren ınd schwinden. Sowohl der Inhalt als der Verlauf der Erkrankung von I. weisen auf eine Abhängigkeit von I. hin.

Die Reaktion bei dem Bruder Hans S. war von noch kürzerer Dauer als bei Hannchen S. Der Erregungszustand klang in ganz kur er Zeit ab, es hat sich bei ihm um einen transitorischen Erregungs-ustand auf dem Boden einer Psychopathie und eines leichten Schwach-inns gehandelt. Auf diesem günstigen Boden ist es zur Entwicklung on schwachsinnigen Überschätzungsideen und zur Implantierung on Wahnideen gekommen. Er ist dem starken Einfluß, der von seiner sychotischen Schwester ausging, unterlegen. Durch die Isolierung nd psychotherapeutische Beeinflussung sind dann die Wahnideen chon am Tage nach der Aufnahme geschwunden. Die schnelle Hei-



lung erklärt sich auch dadurch, daß er sich von der Beschäftigun mit okkultistischen Dingen ferngehalten hat, die Schwärmerei seine weiblichen Familienglieder als Schwindel ansah und die Induzierend für geistig krank hielt. „Ich habe mir alle mögliche Mühe gegebe sie (I.) von dem religiösen Wahn abzubringen." Bei den echten Fo men des induzierten Irreseins wird die induzierende Persönlichke von den Induzierten für geistig gesund gehalten.

Unser Fall von psychischer Endemie ist ein gutes Beispiel fi die Folie imposée, eine Bezeichnung, welche *Marandon de Monty* in die Literatur eingeführt hat für die Fälle, wo nur eine Person wir lich geisteskrank ist und es im Verlauf der induzierten Psychose ba zu einer Korrektur der Wahnideen bei den anderen kommt. Wei aus die meisten Fälle von psychischer Infektion werden in diese Grup fallen, während nur wenige Fälle in die von *Schönfeldt* sehr eng g zogenen Grenzen eingepaßt werden können. Seine Fälle von i duziertem Irresein, bei denen die Entwicklung einer Psychose u der Ausbau des induzierten Wahnsystems durch eigene Gedanke arbeit gefordert wird, entsprechen der Folie communiquée der Fra zosen.

Als ätiologische Momente für die Entstehung unserer psycl schen Endemie kommen solche in Betracht, die bisher von säm lichen Autoren gewürdigt sind: Psychopathische Konstitution, geisti Inferiorität, hysterischer Charakter. Inniges Zusammenleben, I teressengemeinschaft, Sympathie der Charaktere, Blutsverwandtscha spielen eine Rolle. Durch das enge Zusammenwohnen kommt es einem täglichen Austausch der Gedanken. Dies ist eine wesentlic Bedingung für das Zustandekommen der Infektion. Mehr Bedeutu wird noch der Blutsverwandtschaft und der dadurch vorhanden latenten pathologischen Disposition beigemessen. Bei Hans S. die psychische Alteration hervorgerufen durch seine vergeblich Bemühungen, die Umgebung von der Falschheit des Wahnkomple zu überzeugen, und durch die dadurch nötig gewordene eingehen Beschäftigung mit den sehr suggestiven Charakter tragenden üb wertigen Ideen. Besonders deutlich tritt in unserm Fall zutage Mannigfaltigkeit der psychopathologischen Grundlagen, auf den sich dann die von einer Stelle ausgehende psychische Induktion e wickelt: Die endogen geisteskranke Schwester Irma induziert hysterische Schwester Hannchen in hohem, den imbezillen Bru Hans in leichtem Grade; die verhältnismäßig geistig normale Mutt ist am wenigsten an der entstehenden Endemie beteiligt. Das m



ralische und intellektuelle Übergewicht der induzierenden Person, ler sich die Umgebung kritiklos unterordnet, ist bei I. S. nicht so usgeprägt. Irma S. als Infektionsträger und -verbreiter kommt ladurch eine überragende Rolle zu, daß bei ihr durch ihre schwere geistige Erkrankung alle Bedenken und Hemmungen fortfallen, die Macht ihrer Persönlichkeit ist durch ihre pathologisch gesteigerte Energie bedingt. Auf diese Momente hat *L. W. Weber*[6]) in seiner Schilderung und Analyse der psychischen Epidemien hingewiesen.

In der Suggestionswirkung jedoch ist das Wesen des induzierenden Irreseins begründet.

Nach *Schönfeldt* beruht das psychologische Phänomen der Implantation einer Geistesstörung auf Nachahmung aus egoistischem Antrieb. Der Suggestion räumt *Schönfeldt* nur eine mitwirkende, nebensächliche Rolle ein. Dem Nachahmen soll ein Nachdenken und Nachempfinden vorausgehen. Er legt also das Hauptgewicht auf den intellektuellen Vorgang, wenn er auch die Gefühlsmomente würdigt. Der Einfluß des Induktors rege die induzierende Persönlichkeit immer wieder zur besonnenen Überlegung an, bis sich die Überzeugung in ihr befestige, daß die Trugwahrnehmungen auf Wahrheit beruhen. Als Beispiel führt er hierfür eine religiöse Paranoia an. Es mag vielleicht zugegeben werden, daß bei einem Paranoiker besonnene Überlegung vorhanden ist, einer hysterisch Exaltierten kann man diese doch wohl kaum zusprechen. Dann möchte ich entgegenhalten, daß gerade bei transzendentalen Dingen logische Argumente versagen, so daß der Intellekt zum wesentlichen ausgeschaltet ist. Egoistische Motive aufzufinden ist in vielen Fällen nicht möglich. Wir sehen immer wieder, daß die induzierten Personen sich sehr unangenehmen Situationen aussetzen und in materieller wie in vieler anderer Hinsicht schwer geschädigt werden. Dies läßt sich ebenfalls nicht mit dem Egoismus der betroffenen Persönlichkeit in E in klang bringen.

Den Begriff der Suggestion lehnt *Sch.* als umfassend ab. Ein wesentliches Attribut der Suggestion sei die Einengung des Bewußtseins. Dieselbe vermissen wir auch bei seinen Fällen nicht. Er spricht selbst von einer dauernden Konzentration der Aufmerksamkeit der induzierten Persönlichkeiten auf das Vorbild und dessen Ideenkreis. Was ist denn eine Konzentration der Aufmerksamkeit anders als eine Einengung des Bewußtseins? Die Induzierten ordnen ihr Urteil unter das der überragenden Persönlichkeit unter, sie übernehmen die krankhaften Vorstellungen des Vorbildes ohne Berichtigung mit dem Gefühl der eigenen Stellungnahme. Diesen Vorgang bezeichnet man als Auto- oder Urteilssuggestion. Gerade der Gefühlsnote ist mehr Wichtigkeit beizumessen als *Sch.* es tut, wenn er auch von Nachfühlen spricht. Der Intellekt tritt zurück, das affektive Moment ist vorherrschend. Die Wirkung der Suggestion kommt auf dem Wege über die Affektivität zustande, wie *Stransky*-Wien [7]) es betont hat. Die Suggestion wird heute von den meisten Au-



toren als hauptätiologischer Faktor für die Induktion angenommen, auch wir sehen den Übertragungsmodus wie *Ast* [8]) in reiner Suggestionswirkung. „Die Suggestionsphänomene sind eben nicht aus dem Wesen der betroffenen Persönlichkeit oder aus rationalen und anderen zureichenden Gründen, sondern aus der besonderen seelischen Einwirkung verständlich, welche von anderen stattfindet" (zit. *Jaspers*) [9]).

Bei unserer psychischen Endemie liegt die Suggestionswirkung, die von Irma S. ausgeht, klar zutage. I. hat infolge ihrer pathologischen Energie ihre falschen Vorstellungen ihrer Schwester H. aufoktroyiert. *Bleuler* hat darauf aufmerksam gemacht, daß ein aktiver Schizophrener infolge der Macht der Suggestion einem disponierten Familienmitglied sein Wahnsystem aufzwingen kann. Bei der hysterischen Veranlagung von H. und ihrer dadurch gesteigerten Suggestibilität ist es nicht verwunderlich, daß es bei ihr zum Ausbruch einer hysterischen Geisteskrankheit kommt. Der Bruder widersteht zunächst noch der suggestiven Kraft von I., da er seine Schwester für krank hält und der Einfluß des Spiritismus bei ihm fortfällt, dann aber unterliegt auch er, und die krankhaften Vorstellungen drängen sich ihm wider seinen Willen auf. Sie kommen dann nach Ausschaltung des suggestiven Momentes, nach Trennung von der induzierten Persönlichkeit sehr bald zum Schwinden.

Dieser Fall von einer psychischen Endemie hätte leicht vor das Forum des Richters kommen können, so daß die Angelegenheit auch den ärztlichen Sachverständigen berührt. Den Spiritismus muß man als Ursache für diese Endemie anschuldigen. Es ist jedoch von keinem Mitglied der Familie, die indolenten Gesellschaftskreisen angehört, Strafantrag gegen den spiritistischen Zirkel gestellt worden, so daß es bedauerlicherweise zu keinem gerichtlichen Nachspiel gekommen ist.

Unser Fall stellt ein kulturelles Bild der Gegenwart dar und lehrt, wie schädlich die Beschäftigung mit mystischen Dingen für psychisch Disponierte und Labile ist. Ein Eindämmen der okkultistischen Welle von berufener Seite aus ist bei der heutigen Zeitströmung dringend erforderlich, die Häufung ähnlicher Fälle verlangt ein Vorgehen gegen die Elemente, die in unserer Zeit der nationalen Erniedrigung keine positive Arbeit am Aufbau leisten, sondern zur allgemeinen Beunruhigung des schwererkrankten Volkskörpers beitragen.



Literatur.

[1]) *Kolb*, Okkultismus, M. M. W. 1921, Nr. 25.

[2]) *Henneberg*, Über Spiritismus und Geistesstörung. A. f. Ps. 34.

[3]) *Weigandt*, Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. [alle, Marhold.

[4]) *Schönfeldt*, Über das induzierte Irresein. A. f. Ps. 26.

[5]) *Wollenberg*, Über psychische Infektion. A. f. Ps. 20.

[6]) *L. W. Weber*, Psychische Epidemien im Völkerleben. „Die Umchau" 1906, Nr. 51.

[7]) *Stransky*, Über krankhafte Ideen. Wiesbaden, Bergmann.

[8]) *Ast*, Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins. A. Z. f. Ps. 906, 63.

[9]) *Jaspers*, Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Springer.



Der Unsinn des Prinzen Pallagonia.

Von

Direktor Dr. **Max Fischer**-Wiesloch.

Die Heidelberger Schule (psychiatrische Klinik) erwirbt sich gegenwärtig ein großes Verdienst damit, daß sie die bildnerischen Leistungen der Geisteskranken in einem sehr sehenswerten Museum ansammelt und sie zugleich zum Gegenstand eingehender wissenschaftlicher Untersuchungen macht. Wir dürfen erwarten, daß den ersten Arbeiten von Herrn Dr. *Hans Prinzhorn* über: „Das bildnerische Schaffen der Geisteskranken“ noch weitere wertvolle Veröffentlichungen nachfolgen werden.

Hier will ich mich nur kurz mit einem einzelnen historisch gewordenen Falle befassen, der insbesondere auch dadurch unser Interesse wachruft, daß der umfassendste deutsche Denker und Dichter, Goethe selbst ihn zuerst beschrieben hat; und zwar ist ihm ein ganzer Abschnitt seiner „Italienischen Reise“ (I. Teil Sizilien) gewidmet. Unter: „Palermo den 9. April 1787“ heißt es dort: „Heute den ganzen Tag beschäftigte uns der Unsinn des Prinzen Pallagonia.“ Es läge nun nahe den ganzen Abschnitt hier ungekürzt vorzubringen, wenn mich nicht der Gedanke an die Papierknappheit daran hinderte. Ich beschränke mich daher auf eine auszugsweise Wiedergabe der markantesten Partien und muß jedermann anheimgeben, den betreffenden Band Goethe selbst hervorzuholen und die ganze Seitenfolge im Original nachzulesen: auch kein Unglück, wie der geneigte Leser bald selbst merken wird!

Es handelt sich um den sizilischen Prinzen (Fürsten) Don Ferdinando Francesco Gravina Alliata Pallagonia (auch Palagonia), den siebenten dieses Namens, und um seinen Landsitz in der Umgebung von Palermo, etwa 18 km östlich davon bei dem Städtchen Bagheria (in der Nähe die Ruinen des alten Solunt). Hier hatte der Fürst vom Jahre 1775 an im Vorhofe seines

Schlosses, auf den Dächern der Gebäude und im Innern durch einfache Steinmetze eine Unmenge von Skulpturen in losem Muscheltuff, offenbar nach eigenen Angaben oder Zeichnungen, ausarbeiten lassen, die an Absurdität der Erfindung, an Massenhaftigkeit der Darstellungen und besonders an Aufwand von Mitteln das meiste, was wir von unseren Kranken kennen, hinter sich lassen, wenn wir auch im Heidelberger Museum auf im ärztlichen wie im künstlerischen Sinne weit wertvollere und selbst in ihrer Art genialische Schöpfungen stoßen.

Doch hören wir, was Goethe selbst, der die Bildwerke bald nach ihrer Entstehung sah, uns darüber sagt:

> In einer Eingangshalle tragen vier ungeheure Riesen mit modernen, zugeknöpften Gamaschen das Gesims, auf welchem die heilige Dreieinigkeit schwebt. Nach dem Schlosse zu führt ein Weg zwischen Mauern, auf deren Höhe wie auf einem fortlaufenden Sockel Gruppen auf viereckigen Postamenten aufgestellt sind. Diese Gruppen bestehen je aus zwei größeren Figuren, Ungeheuern von tierischer und menschlicher Gestalt, dann von geringerer Größe ein Schäfer oder eine Schäferin, ein Kavalier oder eine Dame, ein tanzender Affe oder Hund; die noch übrige Lücke auf dem Postament wird durch einen Zwerg ausgefüllt.
>
> Ein vollständiges Verzeichnis über die Elemente der Tollheit des Prinzen ergibt: Menschen: Bettler, Bettlerinnen, Spanier, Spanierinnen, Mohren, Türken, Bucklige, alle Arten Verwachsene, Zwerge, Musikanten, Pulcinelle, antik kostümierte Soldaten, Götter, Göttinnen, altfranzösisch Gekleidete, Soldaten mit Patronentaschen und Gamaschen, Mythologie mit fratzenhaften Zutaten: Achill und Chiron mit Pulcinell.
>
> Tiere: nur Teile derselben, Pferd mit Menschenhänden, Pferdekopf auf Menschenkörper, entstellte Affen, viele Drachen und Schlangen, alle Arten von Pfoten an Figuren aller Art, Verdoppelungen, Verwechslungen der Köpfe.
>
> Vasen: alle Sorten von Monstren und Schnörkeln, die unterwärts zu Vasenbäuchen und Untersätzen endigen.
>
> Alles schockweise verfertigt und ganz ohne Sinn und Verstand entsprungen und ohne Wahl und Absicht zusammengestellt. Die Gesimse der Hausdächer sind mit Hydern und kleinen Büsten, mit musizierenden Affenchören und ähnlichem Wahnsinn verbrämt. Drachen mit Göttern abwechselnd, ein Atlas, der statt der Himmelskugel ein Weinfaß trägt. Der lorbeerbekränzte Kopf eines römischen Kaisers sitzt auf einer Zwerggestalt, die auf einem Delphin thront.
>
> In der Kapelle Fratzenbilder ohne Ende. Als äußerste Verirrung ist an der Decke ein Kruzifixus befestigt, dem in den Nabel ein Haken eingeschraubt ist, daran eine Kette; an dieser befestigt sich der Kopf eines knieend betenden, in der Luft schwebenden Mannes, wohl ein Sinnbild der ununterbrochenen Andacht des Besitzers. Schließlich als Unikum ein Pferdweib, auf einem Sessel sitzend, spielt Karten gegen einen unterwärts altmodisch gekleideten, mit Greifenkopf, Krone und großer Pe-

rücke gezierten Kavalier. Das Wappen des Hauses zeigt einen Satyr, der einem Weibe, das einen Pferdekopf hat, einen Spiegel vorhält.

Über das Gefundene macht Goethe noch manche treffende Bemerkung. Er spricht von der pallagonischen Raserei, aberkennt den Mißbildungen jeden Funken von Einbildungskraft; sie seien durch keine Art von Reflexion oder auch nur Willkür entstanden, seien vielmehr blind zusammengewürfelt. Den feinfühlenden Künstler und Dichter Goethe überkommt ein „tiefes Mißempfinden, wenn man durch diese Spießruten des Wahnsinns hindurchgejagt wird".

Im Schlosse selbst stellt Goethe eine zweite Form der fürstlichen Extravaganzen fest. „Hier fängt das Fieber des Prinzen schon wieder zu rasen an." Die Stuhlfüße sind ungleich abgesägt, so daß niemand Platz nehmen kann, und vor den sitzbaren Stühlen warnt der Kastellan, weil sie unter ihren Sammetpolstern Stacheln verbergen. Kandelaber von chinesischem Porzellan sind bei näherer Betrachtung aus einzelnen Schalen, Ober- und Untertassen und dergleichen zusammengekittet. Kein Winkel, wo nicht irgendeine Willkür hervorblickte. Sogar der unschätzbare Blick über die Vorgebirge ins Meer wird durch farbige Scheiben verkümmert, welche durch einen unwahren Ton die Gegend entweder verkälten oder entzünden. Ein Kabinett ist aus alten, vergoldeten, zusammengeschnittenen Rahmen mit den verschiedensten Schnitzmustern aus älterer oder jüngerer Zeit ausgetäfelt.

Eine dritte Besonderheit besteht darin, daß im äußeren Aufbau „die Gesimse der kleinen Häuser durchaus schief nach einer oder der anderen Seite hin hängen, so daß das Gefühl der Wasserwage und des Perpendickels, das uns eigentlich zu Menschen macht und der Grund aller Eurythmie ist, in uns zerrissen und gequält wird".

Diese höchst merkwürdige Seite der pallagonischen Schöpfungen drängt sich dem Dichter bei einer späteren Gelegenheit (Rezension des Gedichtes „Athenor" in der Jenaischen allgemeinen Literaturzeitung 1804—07; Schriften zur Literatur, 12) wieder mit Macht auf: „Wir empfanden nämlich eine Art von Schwindel, wie sie den zu überfallen pflegt, dem etwas ganz Inkongruentes und also seiner Natur nach Unmögliches doch wirklich vor Augen steht. Nach einigem Besinnen erinnerten wir uns schon einer ähnlichen Empfindung: es war die, wie wir den Garten und Palast des Prinzen Pallagonia besuchten, der nicht allein, wie bekannt, durchaus mit Ungeheuern ausstaffiert ist, sondern wo auch, was weniger bekannt, an der Architektur sorgfältig alle horizontalen und vertikalen Linien vermieden sind, so daß alles im Stehen zugleich einzustürzen scheint".

Der Besuch der Villa Pallagonia muß wegen der Fülle der gesehenen Absurditäten einen sehr starken und nachhaltigen Eindruck auf Goethe gemacht haben. Das geht nicht nur aus der sehr detaillierten Form der Schilderung selbst, sondern gerade auch aus der zuletzt zitierten Reminiszenz bei ganz anderem Anlaß achtzehn Jahre später hervor. Und sogar ein drittes Mal finden wir aus derselben Zeit in seinen Schriften eine Bezugnahme und zwar in Form einer sehr beachtenswerten Reflexion, nämlich in den „Annalen" vom Jahre 1805. Hier heißt es gegen den Schluß hin mit bezug auf Mißbildungen bei den Spiegels-Bergen in der



Nähe von Halberstadt: „Da fiel es denn recht auf, wie nötig es sei, in der Erziehung die Einbildungskraft nicht zu beseitigen, sondern zu regeln, ihr durch zeitig vorgeführte edle Bilder Lust am Schönen, Bedürfnis des Vortrefflichen zu geben. Was hilft es, die Sinnlichkeit zu zähmen, den Verstand zu bilden, der Vernunft ihre Herrschaft zu sichern? Die Einbildungskraft lauert als der mächtigste Feind; sie hat von Natur einen unwiderstehlichen Trieb zum Absurden, der selbst in gebildeten Menschen mächtig wirkt und gegen alle Kultur die angestammte Roheit fratzenliebender Wilden mitten in der anständigsten Welt wieder zum Vorschein bringt."

In dieser Erkenntnis, die auch wir heutigen Psychiater und Pädagogen uns wieder zur Richtschnur und Lehre nehmen wollen, ist Goethes Erlebnis in der Villa Pallagonia zur Auswirkung und folgerichtigen Vollendung gelangt.

Nach Goethe haben noch manche andere den Ort besucht und ihre Eindrücke niedergelegt, so z. B. in den Jahren 1902 bis 1904 der Dichter und Schriftsteller Ludwig Hevesi, der aber nur einen Teil der Herrlichkeiten ansehen durfte.

Außer Goethes Grotesken nennt er noch einen steinernen Kerl mit fünf Augen auf der Stirne, eine Frau mit drei Brüsten und einer Frisur, die sich an den Schläfen zu Schafsköpfen entwickelt. An den Toren kolossale steinerne Bajazzos, in den Brunnenbecken Gruppen von geharnischten Froschmenschlein, zwerghafte Unwesen in Perücken und Dreispitzen mit Riesennasen, Buckeln und Wänsten, Musikinstrumente spielend, Halbaffen, Viertelnilpferde, Dreivierteleseł.

Hevesi meint dazu boshaft im Hinblick auf Goethes Darstellung, die griechischen Harpyien, Chimären usw. seien auch nicht minder willkürlich gewesen, und stünde die Frau mit dem Pferdekopf nicht im Wappen der Pallagonia sondern in der Mythologie, so hätte Goethe nichts an ihr zu rügen gehabt; sie käme möglicherweise sogar im zweiten Teil des Faust vor. Überhaupt erhält *Hevesi*, vielleicht aus einem gewissen Gegensatzgeiste heraus, ganz andere Eindrücke von dem Orte als Goethe und kann dieser „entzückenden Villa Nonsens nicht gram werden". Er meint sogar: „Es kann gar nichts reizender sein als dieses kleine, tolle Fürstentum Pallagonia." Vermutlich erschien ihm auch manches durch die Patina der Zeit gemildert, was zu Goethes Zeit neu und grell hervorstach.

Ich selbst war am 20. September 1912 nach einem Ausflug zu den prachtvoll über dem Meere gelegenen Ruinen von Solunt ebenfalls in der Villa Pallagonia, konnte aber leider davon noch weniger sehen als Hevesi, da uns der Zutritt gänzlich versagt war. Was aber am und vom Eingang aus zu sehen war, läßt mich die früheren Beschreibungen durchaus bestätigen; nur erschienen die Anlagen und die Gruppen recht vernachlässigt und verwittert.

Wenn man alles zusammenfaßt, kann man wohl nicht daran zweifeln, daß man es in der baulichen, bildnerischen und dekorativen Ausgestaltung der Villa Pallagonia mit den Ausgeburten eines abnormen oder krankhaft entarteten Geistes zu tun hat. dem zudem seine immensen Reichtümer es erlaubten sich ungezähmt auszutollen und durch die von ihm beauftragten Steinmetze Mißbildungen in unbeschränkter Zahl und Vielfältigkeit ins Werk zu setzen, während so viele Tausende unserer Kranken und Anstaltspfleglinge, von denen mancher sich in seinen Größenideen als Fürst und König fühlen mag, auf viel bescheidenere Mittel für ihren Entäußerungsdrang angewiesen sind und diese Beschränkung vermutlich häufig als großen, ja unerträglichen Zwang empfinden. Hier beim wirklichen Prinzen führte der krankhafte Drang, die ungezügelte Phantasie und hochgradige geistige Verschrobenheit eines einzelnen bei voller Freiheit in den Mitteln zu einer seltenen Ansammlung, einem förmlichen Museum der Monstrositäten.

Man wird sich dabei auch fragen können, was an diesem steinbildgewordenen „Unsinn" auf den Fürsten, was auf die ausführenden Organe zu beziehen sei. So schwierig sonst diese Frage zu entscheiden sein mag, so wird man doch wohl nicht fehl gehen, wenn man gerade in unserm speziellen Falle die Führerschaft und die bizarren Einfälle dem Fürsten selbst, also dem Auftrag- und Geldgeber zuschreibt; denn sonst wäre der einheitliche Grundzug aller dieser Schöpfungen bzw. Mißschöpfungen garnicht zu verstehen. Die mehr oder minder große Übereinstimmung im Handwerklichen und in der Gestaltung des Figürlichen, das vielfach Kopierungen bzw. Anlehnungen an bekannte Muster aufweist, wird dadagegen der manuellen Schulung und Fertigkeit der Handlanger des Fürsten, d. h. der Steinmetze zuzuschreiben sein; denn daß sich ein wirklicher Künstler nur um des Geldes willen den krankhaften Intuitionen des Fürsten ganz und gar unterordnete, ist wohl kaum anzunehmen und findet auch in der Form der Darstellung keinen Anhaltspunkt. Die Annahme, daß etwa zufällig ein verrückter Künstler mit dem psychopathischen Fürsten zusammengegangen sei, daß uns somit ein geistiges Gemeinschaftswerk beider vor Augen stehe, liegt zu weit ab und kann durch nichts belegt werden. Wir werden also recht daran tun, wenn wir dem Fürsten selbst die geistige Urheberschaft voll und ganz zuschreiben. Was den Bildnereien fehlt, ist das Originale und Schöpferische in schöner Form; durchaus wiegt das Verschrobene, Banale und Schablonenmäßige vor. Man kann so des Gesehenen keinen Augenblick froh werden, sondern muß sich ärgern und abgestoßen fühlen.

Wir dürfen anderseits aber auch nicht vergessen, daß sich auch die eigentliche Kunst von altersher bis in die neueste Zeit hinein mit der Darstellung von Fabelwesen, Zusammensetzungen von Menschen- und Tierkörpern mit besonderer Vorliebe befaßt hat; insofern hat *Hevesi* schon



recht. Gerade unsere größten bildenden Künstler haben darin geradezu geschwelgt; ich nenne für viele hier nur die Namen Arnold Böcklin und Hans Thoma. Bei ihnen allen war aber die Phantasie gebändigt durch künstlerische Formgebung, wenn auch hier Verunglücktes nicht selten unterläuft. In Sizilien selbst, nicht allzuweit von der Villa Pallagonia entfernt, sind klassische Beispiele solcher Kunstdarstellung gar nicht selten anzutreffen, so z. B. in den berühmten griechischen Tempelmetopen von Selinunt usw. Man könnte fast auf den Verdacht kommen, daß unser Fürst durch solche antiken Vorbilder angeregt worden sei; vielleicht wollte er sie mit voller Absicht nachahmen oder sogar in seinem krankhaften Drange noch übertreffen.

Auch in der Heraldik, die nach strengen Gesetzen arbeitet, sind Fabelwesen, die mitunter von bildnerischen Darstellungen Geisteskranker nicht sehr verschieden oder kaum unterscheidbar sind, weit verbreitet. Eines der ältesten Beispiele aus klassischer Zeit ist wohl das Sinnbild (Wappen) für die Insel Sizilien (Trinacria) selbst: ein Kopf (Gorgonenhaupt) in der Mitte eines Kreises mit drei daran angesetzten, strahlenförmig auseinanderstrebenden, an der Ferse geflügelten Beinen in Scheibenform (Triquetra, τρισκελής), also gerade ein Typ, der in den Zeichnungen unserer Kranken außerordentlich oft wiederkehrt und unter dem besonderen Namen Kopffüßler dem Psychiater ein wohlbekanntes Gebilde ist. Auch sonst ließen sich aus jedem Zeitalter der Kunst Vergleichsbeispiele, die mit den Bildwerken Geisteskranker Verwandtschaft zeigen, beiziehen.

Wir haben es eben hier wie dort mit Schöpfungen und Ausgeburten der Phantasie zu tun, das eine Mal geregelt und geadelt durch künstlerische Gedanken und schöne Form, das andere Mal, meist unter Fehlen der technischen Vorbildung, eine Zügellosigkeit der Phantasietätigkeit infolge krankhafter Vorgänge, die die Harmonie der Darstellung aufheben oder ins Abstruse verzerren, ohne daß deshalb das künstlerische Wollen an sich so sehr alteriert zu sein braucht. Gerade das Heidelberger Museum birgt Stücke, die z. B. an Kraft des farbigen Ausdrucks den besten künstlerischen Erzeugnissen nichts nachgeben. Genie und Wahnsinn liegen eben auch auf dem Gebiete der Kunst nahe beieinander, vielleicht näher als bei jedem andern. Die Grenzen gehen nirgends so stark ineinander über wie hier, und die kritische Beurteilung wird oft nicht wissen, welches Kunstwerk auf die eine oder die Gegenseite zu buchen ist, und nicht wenige enthalten Elemente von beidem (Genie und Krankheit). Nicht so gar selten endigt der geniale Künstler im Wahnsinn.

In der Sammlung von Bildwerken Geisteskranker in der psychiatrischen Klinik in Heidelberg befinden sich auch einige Abbildungen (Photographien) aus der Villa Pallagonia, die einen ungefähren Begriff von den dort angehäuften Ungeheuerlichkeiten geben und die Beschreibung Goethes immerhin illustrieren können. Wer Gelegenheit hat, kann sie sich dort zeigen lassen und auch die übrige Sammlung ansehen; er wird dadurch auf das bequemste zu lehrreichen Vergleichen zwischen den verschiedenen künstlerischen Individualitäten der Kranken und ihren Erzeugnissen angeregt werden.

Über die Persönlichkeit des Urhebers der hier beschriebenen Dinge,



des Fürsten Pallagonia selbst wissen wir nur sehr wenig Sicheres. Goethe hält ihn für einen Junggesellen; nach andern war er verheiratet. Die Neuschöpfungen auf seinem Landsitz begann er im Jahre 1775, vermutlich nach dem Tode seines Vaters. Im Jahre 1787 bei Goethes Anwesenheit war er bereits bejahrt; er starb 1792. Zu diesem Wenigen erfahren wir wiederum von Goethe selbst noch einige nicht unwesentliche Einzelheiten.

In derselben Reisebeschreibung über Sizilien nur wenige Seiten weiter berichtet nämlich Goethe unter dem 12. April, also drei Tage nach dem Besuch in der Villa Pallagonia, daß er den Besitzer, d. h. den Fürsten, einen langen, hagern, bejahrten Herrn, antrifft, wie er frisiert und gepudert, den Hut unter dem Arm, hofmäßig in seidenem Gewande gekleidet, den Degen an der Seite, ein nettes Fußwerk mit Steinschnallen geziert, von zwei Läufern begleitet, anständig und gelassen durch die Straßen der Hauptstadt Palermo schreitet und sich ruhig der ernsten Aufgabe unterzieht, von den Passanten durch seine Diener Lösegelder für die in der Barbarei gefangenen Sklaven einsammeln zu lassen; aller Augen waren auf ihn gerichtet. Der Prinz sei, wie Goethe hört, schon seit vielen Jahren Vorsteher dieser Anstalt und habe schon unendlich viel Gutes gestiftet; auch in Testamenten werde das Unternehmen häufig durch Stiftungen bedacht. Als Goethe dazu bemerkte: „Der Prinz hätte statt auf die Torheiten seines Landsitzes für diesen edlen Zweck jene großen Summen verwenden sollen; kein Fürst der Welt hätte dann mehr geleistet!“ erhält er von seinem Partner, einem Kaufmann, die witzige Antwort: „Sind wir doch alle so; unsere Narrheiten bezahlen wir gar gerne selbst; zu unseren Tugenden sollen andere das Geld hergeben“.

Man kann daraus immerhin ersehen, daß der Prinz nicht nur zu Tollheiten in der bildnerischen Darstellung, sondern auch zu edeln, humanen Werken fähig war und diese mit der gleichen Konsequenz betrieb wie die ersteren.

Durch diese bezeichnenden Details und sympathischen Züge rundet sich das Bild des Fürsten für uns Psychiater schon einigermaßen. Wir können uns vorstellen, daß es sich um einen hochgezüchteten adeligen Sonderling handelt. Weiter wird sich allerdings unsere Diagnose nicht wagen können. War es außerdem ein Psychopath, ein Imbeziller, ein Degenerierter, ein Originarier oder sogar ein Schizophrener? Wer weiß es?

Vielleicht wäre es möglich, mit Hilfe der psychiatrischen Klinik der Hochschule von Palermo Näheres darüber zu erfahren. Vielleicht hat sich auch schon die italienische psychiatrische Fachliteratur mit dem Falle des Fürsten Pallagonia befaßt. Mir fehlt leider die Möglichkeit zu Feststellungen nach dieser Richtung.

Auf Grund unserer heutigen Untersuchung dürfen wir aber doch wohl annehmen, daß der Fürst zwar auch für jene Zeit durch die Form und Fülle seiner absurden Bildwerke eine außergewöhnliche, ins Krankhafte gesteigerte Erscheinung sein mußte; darin hat Goethe als Forscher unzweifelhaft recht gesehen. Wir



dürfen aber nicht übersehen, daß der Prinz gerade für damals keinen einzig dastehenden Typ darstellt. Die Fürsten und Nobeln jener Zeit ergingen sich, je nach dem Maße ihrer Mittel oder aber auch weit darüber hinaus, mit besonderer Vorliebe in der gärtnerischen, architektonischen oder bildnerischen Ausstattung ihrer Besitztümer; man überbot sich förmlich gegenseitig darin. Und so kam es nicht selten, zumal es sich vielfach auch hier um Sonderlinge handeln mochte, auch in großangelegten schönen Gartenanlagen zu Verschrobenheiten, Spielereien, Künsteleien (Zaubergärten, Labyrinthen, künstlichen Ruinen, täuschenden Fernsichten, Wasserkünsten usw.), wie wir sie alle kennen, wobei allerdings manchmal schwer zu entscheiden sein mag, was auf den eigenen Geist der Herren selbst, was auf den ihrer technischen Berater entfällt. Ebenso schwer wird unter Umständen die Grenze zwischen Psychopathologie und Mode oder Stil zu ziehen sein. Die Schöpfungen eines Ludwig II. von Bayern sind vielleicht nur durch die künstlerische Reife seiner Mitarbeiter (Künstler von Ruf) vor dem Schicksal des Verfallens ins deutlich Pathologische bewahrt worden. Bald werden somit hervorragend schöne wirklich künstlerische Neuschöpfungen (Muskau des Fürsten Pückler), die einen dauernden Fortschritt bedeuten, erzielt, bald überwiegt in den Einfällen oft neben Vortrefflichem das Spielerische, Absonderliche oder Krankhafte. Gerade in Sizilien und überhaupt in Italien, aber auch anderswo lassen sich beiderlei Belege und Mischformen genug auffinden.

In nächster Nähe der Villa Pallagonia befindet sich übrigens eine zweite fürstliche Besitzung, die ein Absurdum ähnlicher und doch wieder recht verschiedener Art birgt, das gleichfalls nur durch große Mittel und eine wirklich fürstliche Munifizenz geschaffen werden konnte. Es ist die Villa Butera, in deren Park eine Karthause als Panoptikum eingerichtet ist mit wächsernen Mönchen in weißen Kutten, Pförtner, Kettenhund, üppiger Mittagstafel, Sterbestunde eines Mönches, Mönche beim Kartenspiel, beim Kochen usw., kurz das ganze Leben und Wirken der Karthäuser, alles in Wachs dargestellt; eine große Sehenswürdigkeit für die ganze Umgebung.

Es ist schwer zu sagen, welche der beiden Villen den größeren Sonderling zum Urheber hatte. Vielleicht, daß dem Fürsten Pallagonia doch noch gegenüber dem Schöpfer des Wachsfigurenkabinetts eine größere Originalität, allerdings auch der stärkere pathologische Einschlag zukommt.

Ich selbst kann mich an einen Fall im kleinen aus meiner Jugendzeit erinnern, wo sich im Nachlaß des Letzten seines adligen Stammes,



eines Junggesellen, eine Unmenge (viele Kisten) von Gesichtsmasken (teils heroische Masken, teils komische Typen und Grotesken, Tierphysiognomien usw.) in zum Teil hoher Vollendung vorfanden, die der Baron im Laufe der Jahre selbst gefertigt hatte; er war auch in anderer Beziehung ein großer Sonderling gewesen.

Es mag nicht uninteressant sein, dieses Grenzgebiet zwischen künstlerischem und pathologischem Schaffen in dem zuletzt berührten Sinne, nämlich nicht nur in der Bildnerei, sondern auch in Architektur und besonders in Garten- und Parkgestaltung in ihren gegenseitigen Zusammenhängen eingehender zu bearbeiten.

Diese drei Gebiete im weitesten Sinne sind es ja, auf denen der schöpferische Geist, auch der bescheidenste, sich hauptsächlich auszudrücken vermag und auszudrücken sehnt. Auch der krankhaft beflügelte wird sich auf ihnen bewegen oder austollen. Während in den bildenden Künsten und der Baukunst auch der Begabte der technischen Vorbildung nicht wohl entbehren kann, ist die Gartenkunst vom einfachen Hausgarten ab bis zum komplizierten Ziergarten und zur Parkanlage mit Architektur am ehesten dem freien Wirken der Einzelpersönlichkeit zugänglich. Ihr vergleichendes Studium wird uns daher unter Berücksichtigung der Kunst und des Stils der Zeit wertvolle Aufschlüsse über die Urheber geben können und uns, von den Nurnachahmern abgesehen, bald auf nüchterne Zweckmäßigkeitsmenschen, bald auf begabte gesunde oder geniale Künstlernaturen, bald aber auch nicht selten auf verschroben oder direkt psychopathologisch veranlagte Individualitäten hinführen. Noch interesanter, aber allerdings auch viel schwieriger erscheint uns in dieser Richtung das Studium der eigentlichen Architektur, von der die Gartenkunst ja nur ein Teilgebiet darstellt. Was ist an einem Werk Kunststil der Zeit oder Schablone, Mode, was ist berechtigter künstlerischer Eigenwert, was individuelle Besonderheit abnormer oder krankhafter Natur? Nach diesen Kriterien wird zu forschen sein. Dies als Anregung!

Hier sollte indes nur der besondere Einzelfall des Fürsten Pallagonia hervorgehoben werden, und zwar einmal, soweit dies bei der Dürftigkeit der Nachrichten möglich war, seines psychiatrischen Interesses wegen, sodann aber ganz besonders wegen des Zusammenhanges mit der Person Goethes als erstem Beobachter. Auch auf diesem neuesten Gebiete psychiatrischen Forschens begegnen wir also unvermutet der Universalnatur des großen

Weimarer Geistes als unserem Vorgänger, und zwar ebensowohl in der scharfen Beobachtung und Beschreibung als auch in der klaren Beurteilung und Erkentnis des Krankhaften wie auch in der sicheren Auswertung des Stoffes für die pädagogische Seite, für die Erziehung des Menschengeschlechts. Nach allen diesen Beziehungen können wir und die späteren Geschlechter nur immer noch von ihm, unserem Größten, lernen.

Versuche mit Xifalmilchinjektionen bei Geistes- und Nervenkranken.

Von

Oberarzt Dr. **Becker**, Herborn, Landesirrenanstalt.

Die von *Döllken* [Zur Therapie und Pathologie der Abbaukrankheiten des Nervensystems. Heilwirkungen von Proteïnkörpern auf die Epilepsie, B. kl. W. 1920, Nr. 38/39] zuerst empfohlene Xifalmilch habe ich bis jetzt bei 8 Epileptikern mit ausnahmslos gutem Erfolg angewandt. Allerdings muß man nach meinen Erfahrungen die Xifalmilchtherapie kombinieren mit Luminal und mit einer Regelung der Diät im Sinne einer gewissen Reizlosigkeit und Salzarmut. Salzfreiheit erübrigt sich nach meinem Dafürhalten, 15—20 Gramm Salz pro Tag erscheint mir meistens unschädlich. Das Luminal ist so wichtig, daß einige Autoren in ihm das Hauptmittel sehen und meinen, es ließen sich dieselben Erfolge auch ohne Xifalmilch erreichen. In diesem Sinne hat noch kürzlich sich *Stinzing* [Über parenterale Behandlung mit unspezifischen Eiweißkörpern, M. m. W. 1922, Nr. 7] geäußert. Ich habe aber an 3 meiner Kranken experimentell den Nachweis geliefert, daß Luminal allein die Anfälle nicht zurückzuhalten vermochte, daß erst die Anfälle völlig sistierten, als Xifalmilchinjektion dazukam. Ob diese Trias von 3 therapeutischen Faktoren jeden Fall von Epilepsie zu heilen vermag, ist zweifelhaft. Ich konnte bis jetzt erst 3 Fälle so weit bringen, daß der Zustand, wenn auch Weiterbehandlung noch erforderlich ist, einer Heilung insofern gleichkommt, als die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt und die Behandlung rein ambulant ist. Auch Äquivalente, diese bösen interkurrenten Verwirrungs- und Erregungszustände, die die Kranken so oft der Irrenanstalt zuführen, blieben in all meinen Fällen völlig weg.

Am meisten macht mir ein Fall von zerebraler Kinderlähmung zu schaffen. Im dritten Lebensjahr wurde die „Gehirnentzündung“ beobachtet; seitdem Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten in mäßigem



Grade und epileptische Anfälle (2—7 pro Tag). Bis jetzt vermochte ich die Anfallfrequenz nur auf 3—4 pro Woche zu reduzieren. Ich hoffe noch mehr zu erreichen, aber es bleibt das natürlich zweifelhaft. Ich bemerke zu diesem Fall noch, daß ein Chirurg, dem ich die Frage der Trepanation vorlegte, sich völlig ablehnend verhielt. Also muß man sehen, was sich durch interne Therapie erreichen läßt.

In einem Fall von frischer Apoplexie schlug ich als Consiliarius Xifalmilchinjektionen vor, vermochte aber gegenüber der Autorität des gleichfalls gefragten Internen nicht damit durchzudringen. Ich hätte gern die in der Literatur gerühmte rasche Wiederherstellung der postapoplektischen Lähmungen gern einmal selbst mit angesehen.

Bei Katatonie scheint mir Xifalmilch wirkunglos zu sein. In einem seit 2 Jahren bestehenden ausgesprochenen und differentialdiagnostisch einwandfreien Fall von Dementia praecox catatonica (mit Starrsucht, Flexibilitas cerea, Mutazismus und Negativismus sowie gelegentlichem kurzdauernden Raptus catatonicus) habe ich längere Zeit Xifalmilch gespritzt, ohne irgendeine Wirkung zu sehen, obwohl derselbe Fall auf Kokaininjektionen, die ich experimenti causa im vorigen Jahr bei ihm gemacht hatte, immer recht prompt reagiert hatte.

Anders reagierte ein Fall, der auch sicher als Dementia praecox anzusprechen ist, aber bezüglich der Einreihung in eine der 3 Untergruppen noch nicht völlig klar liegt. Hier traten deutlich nach jeder größeren Injektion stärkere Erregungen auf. Zwei oder zweieinhalb Gramm wurden meist reaktionslos resorbiert, dagegen nach Injektion von 5 Gramm war meist eine etwa 12—24 Stunden später einsetzende Erregung stärkeren Grades deutlich zu beobachten — eine im allgemeinen unerwünschte Wirkung, die stets größeren Schlafmittelverbrauch im Gefolge hat und deshalb von mir bereits längst zum Aussetzen des Mittels geführt hätte, wenn ich nicht gleichzeitig eine viel bessere Nahrungsaufnahme und mäßige Hebung des Ernährungszustandes zu sehen Gelegenheit gehabt hätte.

Die der Hysterie eigenen Anfälle bleiben wohl im allgemeinen unbeeinflußt. Nur in einem Fall von Hystero-Epilepsie mit schwerer Charakterdegeneration bot sich mir das auffallende Phänomen, daß die epileptischen Anfälle zwar mit Einsetzen der Xifalmilch-Luminalkur prompt sistierten, aber die hysterischen dafür in gesteigertem Maße auftraten. „Ich denke, ich soll von den Anfällen befreit werden?! Ich sehe nichts davon!" So die typisch nörgelnde Epileptikerin; oder auch die frömmelnd-hetzende: „Gott soll euch Pflegerinnen strafen, wenn ihr diese Anfälle dem Arzt meldet, der dann bei mir armen Gotteskind die begonnene Kur aufgibt!" — Oder auch sie leugnete die Anfälle, mit denen sie jede Nacht die Nachtwache quälte, und erklärte jeden Pflegerinnenrapport für bösartige Lüge und Verleumdung. Das Fazit aber war, daß die hysterischen Anfälle zweifellos als „Äquivalente" vermehrt auftraten. Die bekannte Flucht in die Neurose seitens derjenigen, die sich nicht mehr imstande fühlen, selbständig und selbstverantwortlich als Gesunde durchs Leben zu gehen, nachdem sie bisher immer bemuttert, gepflegt und nie mehr zur Rechenschaft für Verleumdung, falsche Frömmelei oder gar Gewalttaten gezogen worden sind.



In einem Fall von Dementia paralytica habe ich auch versucht die Wirkung der Xifalmilch zu erproben. Der Fall war ein vorgeschrittener, die Macies war bereits hochgradig, Gehen, Essen und Sprechen war bereits erschwert. Ich spritzte zweimal wöchentlich 5 Gramm. Hier trat eine deutliche Remission zutage, ob post hoc oder propter hoc, wage ich nicht zu entscheiden, da Spontanremission bei dieser Kranken früher auch schon beobachtet worden ist.

Somit kann ich der Xifalmilchmedikation nur bezüglich der Epilepsie den sicheren Eingang in unsern Arzneischatz versprechen; im übrigen bin ich mit *Kraus* (Geschichtliche Daten zur Frage der Heterobakterien- und Proteïntherapie, M. m. W. 1921, Nr. 38) der Meinung, daß diese Art der Therapie noch im Stadium der Versuche sich befindet, aber heute bereits vielversprechend ist und eine neue Richtung in der experimentellen Therapie bedeutet.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

18. Jahresversammlung norddeutscher Psychiater und Neurologen am 5. und 6. November 1921 in Bremen.

Anwesend: *Alfes*-Bremen, *Aly*-Oeynhausen, *Benning*-Rockwinkel, *Benno*-Goslar, *Boer*, *Bolte*, *Borrmann*-Bremen, *Böttiger*-Hamburg, *Bockhorn*-Nietleben, *Bräuner*-Lüneburg, *Buß*-Bremen, *Creutzfeld*-Kiel, *Delbrück*-Ellen, *Dräsecke*-Hamburg, *Edzard*-Bremen, *Eichelberg*-Hedemünden, *Feldmann*-Bremen, *Fleck*-Eppendorf, *Fraenkel*-Hamburg, *Freyberg*-Osnabrück, *Friedmann*-Sachsenberg, *Garms*-Jena, *Gerstenberg*-Wunstorf, *Grabow*-Neustadt, *Grotjohann*-Ellen, *Günther*, *Hattinger*-Bremen, *Hermel*-Rinteln, *Heß*-Bremen, *Holzmann*-Hamburg, *Jakob*-Bremen, *Jakob*-Hamburg, *Jaspersen*-Preetz, *Josephy*, *Kafka*-Friedrichsberg, *Kaltenbach*, *Kalen v. Hofe*-Hamburg, *Ketz*-Bremerhaven, *Kirschbaum-Mau*-Altona, *Kirschbaum*-Friedrichsberg, *Kobert*-Wilhelmshaven, *Koch*-Oeynhausen, *Kräcke*-Lüneburg, *Kraus*-Ellen, *Krömer*-Schleswig, *Kühl*-Altona, *Langelüddecke*-Friedrichsberg, *Lienau*-Hamburg, *Liesau*-Bremen, *Lindner*-Oldenburg, *Löwenthal*-Braunschweig, *Lübbers*-Hannover, *Metzdorff*, *Meggendorfer*-Hamburg, *Meints*-Vegesack, *Mixius*-Oeynhausen, *Modes*-Hamburg, *Mönch*-Wehnen, *Mönkemöller*-Hildesheim, *Müller*, *Noltenius*-Bremen, *Nonne*-Hamburg, *Osann*-Hannover, *Paulmann*, *Peltzer*-Bremen, *Pette*, *Reese*-Hamburg, *Rehm*-Ellen, *Riedel*-Lübeck, *Risthener*-Bremen, *Runge*-Kiel, *Schäfer*-Langenhorn, *Schmits*-Rockwinkel, *Schultze*-Göttingen, *Schütte*-Langenhagen, *Starke*-Alt-Strelitz, *Stein*, *Stoevesandt*, *Stemmermann*-Bremen, *Stolzenburg*-Göttingen, *Tiedemann*, *Tobias*-Bremen, *Trömner*-Hamburg, *Wahrendorf*-Ilten, *Warnecke*-Kiel, *Wassermeyer*-Alsbach, *Westhoff*-Bremen, *Weygandt*-Friedrichsberg, *Wichura*-Oeynhausen, *Zappe*-Schleswig, *Zimmermann*-Hannover.

Vor Eröffnung der Sitzung findet eine Führung durch die Beobachtungsstation für Nervenkranke der Städtischen Krankenanstalt statt. Hierbei demonstriert *Heß*-Bremen Kranke mit juveniler Paralyse, *Friedreich*scher Ataxie, Aortitis luica, Paralysis agitans usw.

Erste Sitzung Sonnabend, 6. November 1921, 4½ Uhr nachmittags im pathologischen Institut.

Der Geschäftsführer *Delbrück*-Ellen eröffnet die Versammlung mit einer Begrüßungsansprache und gedenkt der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder *Adler*-Schleswig, *Reuter*-Lübeck und *Sänger*-Hamburg,



zu deren Ehren sich die Anwesenden von den Sitzen erheben. Zum Vorsitzenden der Gesamttagung wird *Delbrück* durch Zuruf gewählt. Zu Schriftführern werden bestimmt *Edzard*-Bremen und *Grotjohann*-Ellen. Der diesjährige Teilnehmerbeitrag wird auf M. 5,00 festgesetzt. — Der Vorsitzende verliest einen Antrag *Rosenfeld*-Rostock, der am Erscheinen verhindert ist. *R.* schlägt vor, ähnlich der Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Baden-Baden für die jährlichen Versammlungen einen festen Tagungsort zu bestimmen, der für alle Mitglieder zentral gelegen ist. Über den Antrag soll in der zweiten Sitzung verhandelt werden. — Nach Dankesworten an *Borrmann*-Bremen, der für die erste Sitzung die Räume seines Instituts zur Verfügung gestellt hat, wünscht dieser der Versammlung einen guten Verlauf der Tagung. — Es halten Vorträge:

V. Kafka-Hamburg: Neuere Liquorprobleme. — Vortragender streift einleitend einige aktuelle Liquorprobleme und wendet sich dann zur Erörterung folgender auch diagnostisch wichtiger Fragen: 1. Ist die Zusammensetzung des subarachnoidealen Liquors in verschiedenen Höhen verschieden? Nach Besprechung der Literatur und der eigenen Versuche kommt *K.* zu folgenden Schlüssen: Der Liquor kann in verschiedenen Höhen verschieden zusammengesetzt sein, und zwar betrifft das in erster Linie die Zellen, in zweiter Linie die Albumine, während die Unterschiede in den Globulinen sehr gering sind und solche der biologischen und kolloidchemischen Reaktion kaum bestehen. Die Zellmenge ist meist unten höher als oben, doch kann auch das Umgekehrte der Fall sein, was durch die physikalischen Verhältnisse sowie die Schnelligkeit und Stärke der Exsudation erklärt wird. Der Beurteilung des Gesamtliquorbildes entstehen also meist keine Schwierigkeiten, besonders wenn immer die gleiche Portion untersucht wird. Durch Paralleluntersuchung verschiedener Portionen kann in manchen Fällen, besonders bei Rückenmarkskrankheiten die Lokaldiagnose gefördert werden. 2. Bestehen Unterschiede zwischen Subarachnoidealraum- und Ventrikelliquor? *K.* weist diesbezüglich auf die Untersuchungen von *Schmorl* sowie von *Dahlström* und *Wideröe* und eigene Untersuchungen hin und kommt zu dem Schlusse, daß der Befund des Ventrikelliquors nur mit größter Vorsicht zu beurteilen ist, weist aber auf die große theoretische Bedeutung von Paralleluntersuchungen des subarachnoidealen und Ventrikelliquors hin. 3. Soll die Wa. R. mit inaktivem oder aktivem Liquor angesetzt werden? Nach Besprechung der Arbeiten von *Rizzo* und *Eicke* zeigt *K.*, daß tatsächlich die komplementbindenden Körper im Liquor der Paralyse am stabilsten sind, eine praktisch sehr wichtige Tatsache, und beweist, daß diese Stabilität mit den Eigenschaften der Euglobuline zusammenhängt. Er schlägt vor, die Wa. R. im Liquor stets mit aktivem und mit ¼ Stunde bei 56 Grad inaktiviertem Liquor vorzunehmen. 4. Bestehen *Langes* Annahmen zu Recht, daß die Wa. R. im Liquor eine lokaldiagnostische Bedeutung meist nicht besitze, da sie bei Bestehen von Meningitis durch den Übertritt von Blutplasmabestandteilen hervorgerufen wird? *K.* weist diesbezüglich auf seine Permeabilitätsuntersuchungen hin, zeigt, daß die Hämolysinreaktion der beste Maßstab für den Übergang von Blutbe-



standteilen in den Liquor sei, und betont, daß *Langes* Annahmen nur für die akute Meningitis zutreffen. (Erscheint ausführlich an anderem Orte.)

Aussprache. — *Reese*-Hamburg: Die Liquoruntersuchungen aus verschiedenen Höhen wurden auch auf der *Nonne*schen Abteilung angestellt und führten zu denselben Befunden. Wir untersuchten die 1., 3. und 5. Liquorportion auf Lymphozyten und fanden nur Unterschiede von höchstens 1—2 Zellen. Allerdings fand ich in 1 Falle von Lues cerebrospinalis einen Zellgehalt von $^{120}/_3$ in der 1. Portion, in der 3. $^{110}/_3$ und in der 5. Portion $^{86}/_3$ Zellen. Eine Erklärung kann ich nicht geben, glaube aber, daß derartige Befunde in diesen Grenzen klinische Bedeutung nicht haben.

Löwenthal-Braunschweig weist auf die *Bingel*sche Methode der Lufteinblasung in den Wirbelkanal hin, bei der eine fraktionierte Untersuchung des Liquors leicht möglich ist und sich schon in einzelnen Fällen Indizien für eine lokalisierte Meningitis ergeben haben.

Runge-Kiel: Beiträge zum amyostatischen Symptomenkomplex.

Vortr. berichtet über einige Beobachtungen, die er an einem Material von 24 Fällen mit hypertonisch-akinetischem Syndrom (hauptsächlich Bild der Paralysis agitans sine agitatione), darunter 18 postenzephalitischen Fällen, machen konnte. In fast allen diesen Fällen bestand neben der üblichen, aber durchaus verschieden lokalisierten Rigidität der Willkürmuskulatur und den anderen bekannten Erscheinungen ein oft nur wenig ausgeprägter Tremor oder, wenn dieser fehlte, eine Tremorbereitschaft. Der Tremor unterschied sich durch ganz bestimmte Merkmale durchaus von dem der Paralysis agitans. Die Tremorbereitschaft prägte sich in vielen Fällen in einem auffallend starken Tremor bzw. klonischen Krampf der Augenschließmuskulatur bei Innervation derselben aus. Ferner konnte der Tremor der Skelettmuskulatur zuweilen durch geringe Abkühlung verstärkt und verallgemeinert bzw. erst hervorgerufen werden. Dieser Abkühlungstremor stellte sich abnorm schnell ein, wie Vergleiche mit anderen Fällen ergaben. Eine Verstärkung bzw. Erzeugung des Tremors gelang auch in 6 von 7 darauf untersuchten hypertonischen Fällen, jedoch nicht bei andersartigen Kranken, durch subkutane Injektionen von 0,03—0,05 Cocainum hydrochloricum, das außerdem vorübergehend eine Hebung des subjektiven Wohlbefindens, eine Steigerung der Aktivität und Spontaneität, eine Herabsetzung oder Beseitigung des intensiven Unlustgefühls, der motorischen Gebundenheit, z. T. eine geringe Herabsetzung der Hypertonie bewirkt. Vortr. erörtert die Ursachen der Wirkung des Kokains und die Hinweise, die diese auf die Pathogenese des Tremors gibt, näher. Die tonuslösende Eigenschaft des Kokains konnte durch Injektion einer 1%igen Novokainlösung in den hypertonischen, aber trotz der Manipulation funktionsfähig und elektrisch erregbar bleibenden Bizeps eines Enzephalitikers deutlich gezeigt werden. — Vortr. sucht ferner die erleichterte Auslösbarkeit des Kältetremors näher zu erklären und verweist auf den Zusammenhang dieser Erscheinung mit Störungen der Wärmeregulation, die sich u. a. zuweilen in einer Hitzeempfindung, leichtem Frieren, einer nachweisbaren Steigerung der Hauttemperatur



kundgab. Einige Male fand sich außerdem ein auffallend niedriger Blutdruck. Dies sowohl wie andere öfter beschriebene vegetative Störungen weisen z. T. auf eine Steigerung des Parasympathicotonus, jedenfalls aber auf eine lebhafte Beteiligung des vegetativen Systems an der Erkrankung hin. — Die von *Westphal* an derartigen Kranken neuerdings beobachtete Pupillenstarre bei kräftiger Muskelaktion oder Druck auf den Leib konnte Vortr. an 12 Fällen nicht feststellen. Die Reaktion wurde höchstens unausgiebiger. — Weiter teilt Vortr. einen Fall von postenzephalitischem, hypertonisch-akinetischem Syndrom mit, der allein von all diesen Fällen das Symptom der Mikrographie zeigte, das aus verschiedenen Gründen nicht mit der Hypertonie in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden kann, und erörtert an der Hand von demonstrierten Schriftproben seine Pathogenese. — Ferner demonstriert Vortr. Bilder eines Kranken mit hypertonisch-akinetischem Syndrom nicht enzephalitischen Ursprungs mit einer eigenartigen Gangstörung. Der Kranke kann aufrecht stehen; sobald er aber gehen will und bei kräftiger Innervation anderer Muskelgebiete, etwa der Handmuskulatur, nehmen Rumpf und Beine sofort eine starke Beugestellung ein. Das Zustandekommen der Störung wird näher erörtert. (Ausführliche Mitteilung an andrer Stelle.)

Aussprache. — *Pette*-Hamburg kann nach den Erfahrungen am Material der *Nonne*schen Abteilung die Beobachtungen *Runges* nur bestätigen. Auch er fand, daß der Tremor beim postenzephalitischen Parkinson andersartig ist als der bei der Paralysis agitans. Er ist grobschlägiger, mehr von der Psyche abhängig und tritt besonders auf bei Zweckbewegungen, während man ihn in Ruhe meist nicht so ausgesprochen sieht. Die *Westphal*schen Pupillenphänomene wurden an einer Reihe von Fällen nachgeprüft, aber in der Vollkommenheit, wie *Westphal* sie beschreibt, nie beobachtet. Nur einige Male sah *P.* bei den entsprechenden Manipulationen eine Beeinträchtigung im Sinne einer Verlangsamung der Pupillenreaktion. Von erheblicher Bedeutung erscheint *P.* folgende Beobachtung: Im Laufe des Sommers kam eine Reihe Fälle zur Krankenhausaufnahme, wo sich das postenzephalitische Parkinsonbild erst längere Zeit — in zwei Fällen 1¼ Jahr nach Überstehen des akuten Stadiums — entwickelt hatte und zwar einige Male innerhalb ganz kurzer Zeit. Alle Patienten waren bereits wieder mehr oder weniger lange voll arbeitsfähig gewesen, sind es dagegen heute nicht mehr. Zur Erklärung solcher Fälle sind die anatomischen Befunde, wie sie von *Economo* und *Jakob* an Spätfällen erhoben wurden, heranzuziehen. Sie scheinen ebenso wie die Experimente französischer Autoren (*Levaditi*, *Netter*, *Cesari*, *Durand*) dafür zu sprechen, daß noch ein lebendes Virus im Körper vorhanden ist. Das Problem ist wichtig für die Frage der Prognosestellung bei jeder epidemischen Enzephalitis. Wir wissen nie, ob und wann sich ein solcher postenzephalitischer Zustand entwickelt. Die Folgezeit wird uns vielleicht in dieser Hinsicht noch manche Überraschung bringen.

Runge (Schlußwort) kann die Erfahrungen *Pettes* bestätigen. Auch er beobachtete sehr lange Zeit nach der akuten Erkrankung, aber nur bis zu ¾ Jahren nachher, die Entwicklung des Parkinsonschen Symptomenkomplexes bei der Enzephalitis epidemica. In einem Fall ent-



wickelte sich das Krankheitsbild ohne Vorangehen anderer enzephalitischer Erscheinungen akut unter Krämpfen in wenigen Tagen. Dafür, daß lange Zeit nachher Erreger im Organismus vorhanden sein müssen, sprechen auch lebhafte Schwankungen und vorübergehende, u. a. mit Augenmuskelsymptomen einhergehende Verschlimmerungen des Zustandes, die besonders in den Frühjahrsmonaten zutage traten. Ausgedehnte bakteriologische Liquor- und Blutuntersuchungen ergaben aber bisher stets ein negatives Resultat.

Josephy-Friedrichsberg: Zur Histopathologie der Dementia praecox.

Das vom Referenten untersuchte ziemlich umfangreiche Material umfaßt zunächst zwei unkomplizierte, d. h. in jüngerem Lebensalter durch Unfall schnell ad exitum gekommene Fälle. Die Wichtigkeit solcher Beobachtungen, die die Hirnveränderungen bei Praecox unverfälscht durch Einflüsse des Alters und schwerer körperlicher Erkrankungen zeigen, ist klar. Bei dem ersten Fall (Katatonie, Krankheitsdauer etwa 7 Jahre) fand sich bei gut erhaltener Rindenarchitektonik eine allgemeine, aber nicht gleichmäßig verteilte Verfettung der Ganglienzellen; außerdem zeigten sich progressive Gliaveränderungen in Form von protoplasmatischen Wucherungen, kleinen Rasen, Bildung kleiner Rosetten. Das tiefere Grau war frei; nur in den Brückenganglien sah man ziemlich viel atypische, gewucherte Gliazellen, die auch kleine Rasen bildeten. Der zweite unkomplizierte Fall (schleichend verlaufende Praecox, Dauer mindestens 4 Jahre, beginnende Verblödung) zeigte ebenfalls degenerative Veränderungen der Ganglienzellen der Rinde, aber keine Gliawucherung. Es fanden sich außerdem kleine und größere Ausfälle in der Rinde, und zwar beschränkt auf *Brodmann* II und III. Allgemein beweisen die Fälle wieder die starke Lipoidanhäufung in der Rinde bei Dementia praecox, die an sich ja nicht charakteristisch ist. Dabei zeigt der erste Fall eine erhebliche Gliareizung entsprechend dem akuten klinischen Zustandsbild, während der zweite klinisch wie histologisch mehr den Eindruck eines abgelaufenen Prozesses bietet. Die Ausfälle in der II. und III. Schicht sind wenigstens für eine Gruppe der Dementia praecox charakteristisch. Demonstration mehrerer hierher gehöriger Fälle und zweier eigenartiger Herde derselben Lokalisation mit starker plasmatischer Gliavermehrung und Neuronophagien. Wieweit diese Fälle klinisch zusammengehören, ist schwer zu sagen. Es scheint aber, als ob sie durchweg chronisch verlaufen, paranoid-depressiv gefärbt sind und allmählich verblöden, ohne gerade in die schwersten Endzustände überzugehen. — Eine zweite Gruppe histologisch zusammengehöriger Fälle sind solche mit eigenartiger Gliawucherung in den untersten Rindenschichten der Markleiste. Demonstration entsprechender Präparate. Die Fälle sind wohl identisch mit denen, die *Walter* vor mehreren Jahren beschrieb. — Eine Anzahl von Gehirnen Praecox-Kranker zeigt Veränderungen im tieferen Grau (Demonstration). Fälle wie der vom Referenten auf der diesjährigen Neurologentagung gezeigte mit schweren Pallidumveränderungen bei einem bewegungsarmen, gesperrten Katatoniker weisen auf Beziehungen hin, die sich von hier zu „organischen" Erkrankungen im engeren Sinne

knüpfen. — Endlich zeigt Vortr. noch das Gehirn eines Praecoxfalles, der unter plötzlich auftretenden epileptiformen Krämpfen ad exitum kam. Histologisch fand sich die typische akute Ganglienzellerkrankung im Sinne *Nissls* mit entsprechender Gliareaktion. Vor allem war die Bildung sehr auffälliger Herde an der Markleiste bemerkenswert, in denen sich große Mengen atypischer Gliazellen fanden. Auch hier deuten sich Beziehungen zu organischen Erkrankungen an. (Vgl. *Jakobs* Fall eigenartiger organischer Hirnerkrankung mit katatonen Symptomen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 66.) — Aus den Untersuchungen geht hervor, daß es möglich ist, aus der Praecoxgruppe einzelne histologisch zusammengehörige Unterformen auszuschälen. Ferner weisen Befunde im tieferen Grau darauf hin, daß nicht alle Symptome dieser Erkrankung restlos in der Rinde zu lokalisieren sind. Jedenfalls erscheint es nötig, die histologischen Untersuchungen an Praecox-Gehirnen fortzusetzen. Vielleicht ist es doch möglich, auf diesem Wege eine genaue Umgrenzung des Krankheitsbegriffes zu schaffen, wenn wir auch von diesem Ziel noch sehr weit entfernt sind. — Für die Untersuchung der Drüsen mit innerer Sekretion bei Praecox scheint die Wage wichtiger zu sein als das Mikroskop. Auffällig war dem Referenten, der allerdings in dieser Hinsicht nicht über genügendes Material verfügt, relativ häufige Abweichung der Schilddrüse vom Mittelgewicht nach oben sowohl wie besonders nach unten.

Aussprache. — *Rehm*-Ellen stellt die Frage, welches die Krankheit, welche zum Tode geführt hat, in den einzelnen Fällen gewesen ist; kann mit Wahrscheinlichkeit oder Bestimmtheit behauptet werden, daß die doch wahrscheinlich zum großen Teil mit einem Siechtum einhergehenden körperlichen Erkrankungen, insbesondere die Tuberkulose, an den demonstrierten Gehirnveränderungen nicht beteiligt sind? Gerade die vom Vortr. erwähnte Toxinwirkung könnte wesentlich sein.

Josephy (Schlußwort): Die beschriebenen Veränderungen sind mit größter Wahrscheinlichkeit auf die Psychose zurückzuführen (Vergleich mit den „unkomplizierten" Fällen; Vergleich mit Gehirnen geistesgesunder Phthisiker usw.).

Creutzfeldt-Kiel: **Beitrag zur *Alzheimer*schen Krankheit.**

60jähriger Mann, Beginn Mitte der 50er Jahre mit amnestischen Symptomen; ausgesprochen amnestisch apathische Züge; später sensorische Aphasie, zuletzt auch motorisch aphasisch, neurologisch keine sicheren Anhaltspunkte für Lues, Wa.-R. positiv im Liquor bei 0,75 und im Blut. Liquor sonst o. B. Histologisch typische Veränderungen der *Alzheimer*schen Krankheit, am stärksten in der Schläfengegend (gyrus temporalis I und gyrus marginalis), danach im Stirnhirn, geringer im Parazentral- und Parietallappen, am geringsten im Hinterhauptlappen. Ammonshorn besonders schwer erkrankt. — Lokalisation des Prozesses sehr ähnlich derjenigen der *Lissauer*schen Paralyse, entspricht dem Verteilungsgebiet der Art. cerebr. media, ram. 3a bis 4, und Art. cerebr. ant. Ammonshorn-Veränderungen vielleicht dadurch erklärlich, daß hier am Plexusansatz besonders lebhafte Filtervorgänge sich abspielen, also auch Schädlichkeiten in erhöhtem Maße zur Wirkung gelangen können. Beispiele dafür sind die schweren Ammonshorn-Veränderungen (Sklerosen)



bei anderen Prozessen, wie der Epilepsie, Paralyse, Enzephalitis usw. Parallele zwischen seniler Demenz und Paralyse einerseits, *Alzheimer*schen Krankheit und *Lissauer*schen Paralyse andererseits.

Aussprache. — *Trömner*-Hamburg frägt an, ob die aphasischen resp. pseudaphasischen Störungen der *Alzheimer*schen Krankheit auch anatomisch eine gewisse Erklärung finden.

Creutzfeldt (Schlußwort).

Nonne-Hamburg: Über eine akute Form von Meningomyelitis syphilitica mit Spirochätenbefund.

N. berichtet über den klinischen Verlauf und den anatomischen Befund eines Falles von akuter Meningitis cerebrospinalis im Frühstadium der Lues (5 Monate nach der Infektion). Es werden Diapositive vom Großhirn, Kleinhirn sowie von verschiedenen Höhen des Rückenmarks gezeigt; der Spirochätenbefund war positiv. Während der 5 Monate haben 2 kombinierte Kuren mit Hg. und Salvarsan stattgefunden, und zwar sind dieselben nach den heute geltenden Prinzipien durchgeführt worden.

Aussprache. — *A. Jakob*-Hamburg teilt kurz einen ähnlichen Fall von früh auftretender Lues cerebrospinalis mit, den er bereits auf der Dermatologenversammlung, Hamburg 1921, demonstriert hat: Der 29jährige Kranke infizierte sich syphilitisch Mai 1920. Ohne Blutuntersuchung sofortige Behandlung mit 3 Salvarsaninjektionen. 20. 6. 1920 Beginn der nervösen Erscheinungen mit heftigen Kopfschmerzen, Genickstarre und Doppelbildern. Krankenhausaufnahme wegen fieberhafter Meningitis, BlutWa.? Liquor: Druck 630 mm Wasser, sehr starke Lymphozytose 1000/3, Phase I +++, Wa.-R. +++. Nach kräftiger Neosalvarsanbehandlung Rückgang der Erscheinungen und Entlassung aus dem Krankenhaus am 19. 8. 1920. Am 18. 10. 1920 Wiederaufnahme wegen epileptischer Anfälle mit darauffolgendem Schwindel und Kopfschmerzen. Der gleiche Liquorbefund, nur Pleozytose zurückgegangen auf 44/3, kräftige antisyphilitische Behandlung und Entlassung aus dem Krankenhause am 13. 11. 1920. Am 28. 2. 1921 Aufnahme in Friedrichsberg wegen Schwindelerscheinungen Kopfschmerzen und Gehstörungen. Blut-Wa. negativ; Liquor : 218/3 Zellen, Phase I ++, *Weichbrodt* ++, Wa.-R. von 0,2—1,0 +++, Goldsol- und Mastix mehr im Sinne einer Lues cerebri. Unter schweren bulbären Erscheinungen exitus am 30. 3. 1921. Anatomisch eine eigenartige gummöse Meningoenzephalitis, vornehmlich an der Basis der Medulla oblongata lokalisiert, mit zahlreichen miliaren Gummen und gummösen Gefäßwandveränderungen in der Medulla oblongata und im Mittelhirn. Im Dunkelfelde sowohl wie auf Schnittpräparaten keine Spirochäten. Es wird einmal auf die Gefahr unzulänglicher Abortivbehandlung ohne genaue Kontrolle von Blut und Liquor hingewiesen, ferner auf die Bedeutung des negativen Blut-Wa. bei positivem Liquor-Wa. und auf das Versagen der spezifischen Therapie in derartigen Fällen und schließlich auf die interessanten Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten des *Nonne*schen und des eigenen Falles im histologischen und Spirochätenbefunde. Die Entzündungserscheinungen des *Nonne*schen Falles erinnern in ihrem unspezifischen Charakter bei positivem Spirochätenbefunde vielmehr an den echt paralytischen Ent-



zündungsprozeß, während im eigenen Falle der gummöse Charakter der Erscheinungen im Vordergrunde steht bei negativem Spirochätenbefunde.

Kafka-Hamburg geht im Anschluß an die interessanten Mitteilungen *Nonnes* auf die Bedeutung der Liquoruntersuchung bei den frühsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ein. Er stimmt *Nonne* darin zu, daß zur Abgrenzung der akuten syphilitischen Meningitis von den nicht syphilitischen Formen die Ergebnisse der Kolloidreaktionen, besonders der Mastixreaktion, eine große Rolle spielen. Es findet sich aber nicht immer eine so deutliche Lues cerebri-Kurve wie in *Nonnes* Fall, sondern bei Ausführung der gefärbten Normomastix-Reaktion oft eine Kurve, die zwischen der Lues cerebri- und der Meningitis-Figur steht, sich aber von letzterer gut abgrenzen läßt. Für diagnostisch und prognostisch wichtig hält *K.* in solchen Fällen die Anstellung der Wa.-R. des eine Viertelstunde bei 56° inaktivierten Liquors neben jener des aktiven.

Trömner-Hamburg erinnert an einen vor etwa 15 Jahren im Hamburger Marienkrankenhaus beobachteten und in der Unna-Festschrift beschriebenen Fall von Meningitis vor Ausbruch des Secundärexanthems. Bei einem etwa 36jährigen Manne Kopfschmerz, Nackenspannung, Erbrechen, Neuritis optica — zunächst unerklärlich, bis bald darauf eine Roseola das Rätsel löste. Durch Schmierkur völlige Heilung. Salvarsan kam also hier nicht in Frage. Dagegen möchte ich bei Herrn *Jacobs* Falle eine Salvarsanreizmitwirkung (infolge ungenügenden Dosen) annehmen.

Löwenthal-Braunschweig fragt nach der Beziehung der vorgetragenen Fälle zum „Neurorecidiv" bzw. zur *Herxheimer*schen Reaktion; Anlaß dazu ein selbst beobachteter Fall von Meningoenzephalitis, der wenige Monate nach der Infektion während der spezifischen Kur langsam zugrunde ging.

Buß-Bremen berichtet über einen geheilten Fall von syphilitischer Meningitis cerebrospinalis. Es handelt sich um ein 24jähriges Dienstmädchen, welches leicht benommen, fieberhaft, mit Nackensteifigkeit, Kopfschmerz und Unvermögen zu gehen ins Josephstift kam. Blut- und Liquor-Wa. positiv. Die vorsichtig eingeleitete antisyphilitische Behandlung mit Quecksilber und Salvarsan ergab schnelles Verschwinden der bedrohlichen Symptome. Pat. war 3 Monate im Krankenhaus, erholte sich sichtlich und wurde dann ambulant antisyphilitisch weiterbehandelt und zwar nach *Linzer*. Nach 6 Monaten, von der Einlieferung ins Krankenhaus an gerechnet, war der Blut-Wa. negativ. Pat. arbeitet und fühlt sich völlig gesund.

Im Schlußwort teilt *N.* mit, daß er zur Zeit auf seiner Abteilung einen Fall von Paralyse 11 Monate nach Auftreten des Primäraffektes sowie einen Fall von Tabes hat, deren erste Symptome sich 12 Monate nach dem Primäraffekt zeigten. In beiden Fällen waren die primären und sekundären Symptome mit Hg. und Salvarsan behandelt worden. Bei dem Fall von Herrn *Jakob* nimmt *N.* an, daß es nur nicht gelungen sei, die Spirochäten nachzuweisen.

Kühl-Altona stellt einen Fall vor, dessen Krankengeschichte be-



eits in der M. m. W. Nr. 34 1921 veröffentlicht worden ist, und der durch mplantation von Kalbsnebenschilddrüse wieder arbeitfähig wurde.

Er litt an maskenartigem Gesichtsausdruck, Speichelfluß, Be-egungsarmut, Steifigkeit und Haltungsanomalien sowie Retropulsion, inem Zustand, der bei längerer Beobachtung im Altonaer Krankenhaus Prof. *Lichtwitz*) anfänglich als Myotonie, dem Morbus Thomsen nahe-tehend, dann jedoch als Linsenkern-Erkrankung und Symptombild der 'aralysis agitans sine agitatione diagnostiziert wurde. — Pathologisch-natomisch sind Veränderungen an den Muskeln (*Schiefferdecker*), an en Nebenschilddrüsen (*Camp*, *Lundborg*, *Alquier*) und am Linsenkern eschrieben. Ohne zu einem dieser Befunde Stellung zu nehmen, erwähnt ., daß auch beim Status thymico-lymphathicus neuerdings Gehirn-efäß-Veränderungen beschrieben werden (*Fahr*), bisher nimmt aber iemand an, daß die Ursache des Persistierens der Thymus bei Jugend-chen auf derartige Veränderungen zurückzuführen seien. Schließlich ehören hierher auch die klinisch zu beobachtenden Störungen des Kalk-toffwechsels des Parkinson-Kranken, auffällige Caries und Ausfallen ler Zähne. Auch das auffällige allmähliche Zusammensinken des Kör-ers scheint auf einem Weicherwerden des Knochens zu beruhen. — Die Demonstration des Kranken zeigt, daß der Mann, der sich vorher icht im Bett hat herumdrehen können, jetzt vier Monate nach der Ope-ation noch denselben Erfolg wie am 10. Tage nach der Implantation ufweist: er legt sich auf den Rücken, schlägt nach Art der frierenden Droschkenkutscher mit den Armen, erhebt sich ohne Hilfe, fängt einen Spazierstock und wirft ihn zurück, r. sowohl wie l., abwechselnd mit Auf- und Untergriff, besteigt ohne Hilfe einen Stuhl, steht auf ihm fest ınd springt auf Kommando rückwärts wieder hinunter, ohne rückwärts u fallen. Eine Schriftprobe mit Tinte und Feder wird vorgeführt (Dia-ositiv). Der Mann ist wieder arbeitfähig als Hafenarbeiter.

Kritik: Durch diesen Fall ist experimentell erwiesen, daß der Nebenschilddrüse eine größere Rolle als bisher in der Beurteilung der Parkinson-Krankheit zuzuschreiben ist. *K.* warnt davor, durch die be-kannten Gehirnbefunde sich zu einem therapeutischen Nihilismus ver-eiten zu lassen, glaubt allerdings nicht, daß derartige vorgeschrittene Gehirnveränderungen restlos beseitigt werden können. Eine Suggestiv-wirkung kommt nicht in Frage, weil er mit dem Kranken über den späte-ren Verlauf seiner Besserung nicht gesprochen hat. Er bittet um Mit-arbeit in der Beantwortung folgender Fragen, die ihrer wissenschaft-lichen Lösung entgegensehen: 1. der Bedeutung des Kalkstoffwechsels für die paralysis agitans. Der Zusammenhang des Rachitis mit diesem ist bekannt, auch sie wird neuerdings mit der Nebenschilddrüse in Zu-sammenhang gebracht (*Kestner*). Handelt es sich bei der Paralysis agitans um eine Verhinderung der Assimilation des zugeführten Kalks (Kalk-stauung)? 2. Hat die Kalkzufuhr Rücksicht hierauf zu nehmen (Milch, Eier)? 3. Welche Bedeutung kommt der Nervenendplatte im Kalk-stoffwechsel zu? 4. Werden irgendwie andere Organe ungünstig beein-flußt von der Nebenschilddrüse aus?

Zusammenfassung: An dem therapeutischen Erfolg, der nun-mehr 1/2 Jahr anhält, ist nicht mehr zu zweifeln, eine Suggestivwirkung



kann nicht in Frage kommen. Bei der Transplantation muß der mikroskopische Beweis erbracht werden, daß wirklich Nebenschilddrüse implantiert wurde; Wirkungslosigkeit des Eingriffs beweist lediglich, daß nicht das richtige Organ gefaßt wurde. In geeigneten Fällen ist gewiß die homoioplastische Implantation der heteroplastischen vorzuziehen, die Entnahme ist aber für den Spender nicht ungefährlich (*Landois*). Es hätte dieses Verfahren auch den Vorzug der leichteren Gewinnung des Implantats, das an der Rückseite der Schilddrüse beim Menschen zu suchen ist. Über Implantation des Organs in das Knochenmark oder in die Milz liegen bisher eigene Erfahrungen nicht vor. Die Wichtigkeit des einwandfrei erbrachten experimentellen Beweises der Bedeutsamkeit der Parathyreoïdea in dem Krankheitsbilde der Paralysis agitans bleibt dadurch unberührt.

Aussprache. — *Heß*-Bremen: Es wurde ein Fall von Paralysis agitans mit Implantation vom Kalbe behandelt; bis jetzt (4 Wochen) kein Erfolg.

Runge fragt den Vortr., wie er sich das Zustandekommen der Paralysis agitans durch eine Funktionsstörung der Nebenschilddrüsen und die Wirksamkeit der Drüsenimplantate bei dieser Krankheit vorstelle. Tatsache ist doch, daß in allen bisher mit modernen Methoden untersuchten Fällen echter Paralysis agitans organische Veränderungen im Gehirn, speziell in den zentralen Ganglien, gefunden sind, die nach den Untersuchungen *Lewy*s offenbar seniler Natur sind. Wenn man den vorgestellten Fall kritisch betrachtet, so muß man sich fragen, ob es sich bei dem 41jährigen Mann, bei dem das echte Paralysis agitans-Zittern fehlt, überhaupt um eine Paralysis agitans handelt und nicht um eine postenzephalitische Erkrankung, wie sie jetzt so häufig sind, zumal der grippöse Beginn fehlen bzw. unentdeckt bleiben kann. Bei dieser Krankheit sowohl wie bei der Paralysis agitans kommen spontane Besserungen vor. Auch können solche durch energische Suggestivwirkung vorübergehend erzielt werden, was im vorgestellten Fall, der noch ausgesprochene Krankheitszeichen zeigt, durchaus im Bereich der Möglichkeit liegt. Zudem werden implantierte Organe nach den Erfahrungen der Chirurgen sehr schnell restlos resorbiert, so daß es wahrscheinlich ist, daß die Hormone überhaupt nicht oder nur kurze Zeit zur Wirksamkeit gelangen. — *R.* hat in Fällen von Parkinson-Syndrom nach Enzephalitis Kalkpräparate verwandt, aber ohne jeden Erfolg.

A. Jakob-Hamburg: Im Interesse des Ansehens des ärztlichen Standes und der deutschen Wissenschaft muß es eine Forderung bleiben, bei der Veröffentlichung neuer therapeutischer Methoden äußerste Kritik zu üben. Für die Deutung der symptomatologischen Besserung des demonstrierten Falles im Sinne der *Kühl*schen Auffassung fehlen jegliche beweisende Unterlagen. Die Richtigkeit der Diagnose vorausgesetzt, können auf einen Fall hin niemals so weitgehende Schlüsse gezogen werden unter völliger Außerachtlassung anderer Erklärungsmöglichkeiten (Spontanremission, Einfluß von Übungstherapie und Suggestion). Zudem sprechen unsere wissenschaftlichen Anschauungen gegen die therapeutische Versuchsanordnung *Kühl*s: Einmal erscheint die Wirksamkeit der Transplantation artfremder Organe recht fraglich und wird von namhaften

utoren abgelehnt (*Lexer*, *Sudek*). Dann muß die *Lundborg*sche Theorie, elche die Paralysis agitans als einen Hypoparathyreoidismus auffaßt nd peripher myogen erklären will, sich aber nicht auf objektiv beweinde Tatsachen stützen kann, wissenschaftlich begründeten Auffassungen eichen, nach welchen die zentralen Lokalisation der Paralysis agitans chersteht. Wie alle Parkinson-ähnlichen Symptomenkomplexe der verhiedensten Genese, so ist auch die Paralysis agitans als eine strió-palliäre Erkrankung aufzufassen, deren histologischer Prozeß am meisten hnlichkeit hat mit dem senilen Rückbildungsvorgang (*F. H. Lewy*, . und *O. Vogt*, *A. Jakob*). Die Ätiologie des Leidens ist noch ungeklärt, och spricht manches dafür, daß auch sie Beziehungen zu dem senilen ückbildungsvorgange hat. Keinesfalls aber ist die Paralysis agitans tiologisch auf die Dysfunktion einer endokrinen Drüse, der Parathyoidea, zurückzuführen. Somit fehlt den *Kühl*schen Erklärungsversuchen nd praktischen Schlußfolgerungen jegliche beweisende Unterlage. (Im lamburger ärztlichen Verein wurde am 8. 11. 21 von *Lichtwitz* die Dignose des *Kühl*schen Falles im Sinne eines postenzephalitischen Parkinson ichtiggestellt, so daß der Fall selbst gegenstandlos geworden ist.)

Jakob-Bremen fragt nach der Technik der Transplantation, da er ei seinen wenigen Versuchen auf sehr große Schwierigkeiten gestoßen st.

Borrmann-Bremen: Prof. *Jakob* hatte mir einige beim Kalbe exstirpierte ragliche Nebenschilddrüsen zur Sicherung der Diagnose übergeben; am 'age darauf, bevor meine Diagnose gestellt war, exstirpierte er nochmals eim Kalbe und implantierte. Sollte er dieselben Körperchen exstirpiert aben wie das erstemal, so ist es keine Nebenschilddrüse gewesen, denn lie erste Untersuchung ergab ein negatives Resultat in dieser Hinsicht. Dann wäre der Mißerfolg erklärt.

Trömner-Hamburg: Die sich erhebenden Zweifel richten sich gegen Diagnose und Erfolg der Therapie. Vor Jahrzehnten würde natürlich niemand eine andere Diagnose als Paralysis agitans sine agitatione gestellt haben. Seit wir aber die Enzephalitis in ihren mannigfachen Gewändern kennen, liegt immerhin die Möglichkeit vor, daß es sich hier um einen Rigor Post Encephalitidem handelt, der an sich einer Remission fähig ist. Therapeutisch liegen 2 Möglichkeiten vor: 1. daß der Erfolg ein suggestiver ist, und 2. daß keine spezifische, sondern unspezifische Eiweißwirkungen vorliegen. Nur zur ersten Möglichkeit bemerke ich, daß rein suggestive Therapie im Ganzen bescheiden wirkt, wohl aber lassen sich durch Übungen Erfolge erreichen, und da der Erfolg der *Kühl*schen Therapie an sich kein sehr erheblicher ist, so ist sehr wohl möglich, daß auch ohne Epithelkörperchen Suggestion und Übung in Verbindung mit einer Neigung zur Remission den hier vorgezeigten Erfolg bewirkt haben.

Eichelberg-Hedemünden berichtet über einen Fall von Paralysis agitans, der ohne Therapie eine Remission von ¾ Jahren hatte, in der der Kranke wieder arbeitfähig war und auch wieder schreiben konnte. *E.* warnt deswegen davor, aus dem einen gebesserten Fall zuweitgehende Folgerungen zu ziehen.

Löwenthal-Braunschweig hat die käuflichen Parathyreoidea-Ta-



bletten häufig ohne jeden Erfolg verwandt. Trotzdem hält er die Möglichkeit einer Beeinflussung der Paral. agit. durch frische eingepflanzte oder auch per os gegebene Nebenschilddrüse durchaus für gegeben; denselben Unterschied im Erfolge hat *L.* vor Jahren bei einer schweren postoperativen Tetanie gesehen.

Kühl (Schlußwort).

Reese-Hamburg berichtet über einen subakut verlaufenen Fall von Meningoenzephalomyelitis unbekannter Ätiologie und bespricht an der Hand von Diapositiven aus Großhirn, besonders Stammganglien, und aus verschiedenen Höhen des Rückenmarks die differentialdiagnostischen Fragen, ob Lues oder Encephalitis epidemica vorliegt. Nach dem klinischen Verlauf und der für Lues positiven Anamnese handelt es sich um eine luische Erkrankung, während der anatomische Befund in einigen Punkten demjenigen bei Enceph. epid. ähnelt. Gegen Lues spricht 1. der negative serologische Befund, 2. der anatomische Befund, und zwar fehlen Gefäßveränderungen, Plasmazellen und Spirochäten; gegen die typischen Formen von Enc. epid. spricht der anatom. Befund, denn es findet sich 1. erhebliche Leptomeningitis, 2. rein lymphozytäre Gefäßinfiltration, 3. auffälliges Verschontsein der Stammganglien und der Gegend der Rautengrube, 4. fehlende Neuronophagie. Wenn der Fall trotz aller klinischen, serologischen, bakteriologischen und anatomischen Untersuchungen auch unklar bleibt, so muß er trotzdem wohl als ein atypischer Fall von Enc. epid. angesehen werden.

W. Kirschbaum-Friedrichsberg: Gehirnbefund bei akuter gelber Leberatrophie.

*Wilson*sche Krankheit und Pseudosklerose (*Westphal-Strümpell*) zeigen ein Zusammenbestehen einer schweren Gehirn- und Lebererkrankung. Bei der Frage nach der Wechselwirkung zwischen Gehirn und Leber werden die experimentellen Enzephalitisstudien von ***Fuchs*** wichtig sein. Die Frage nach der Wirkung eines so rapiden Zerfalles der ganzen Lebersubstanz, wie ihn die akute gelbe Leberatrophie zeigt, auf das Gehirn ist bisher kaum erforscht. — Drei Fälle von akuter gelber Leberatrophie wurden gehirnanatomisch untersucht. Zwei Fälle waren frische Syphilispatienten, die nach Salvarsankuren plötzlich erkrankten. Der dritte Fall, der die stärksten histopathologischen Veränderungen aufwies, war ohne Lues in der Anamnese. Er zeigte seit 14 Tagen Ikterus, war 3 Tage vor dem Tode psychisch erkrankt, delirante motorische Unruhe. Unter motorischen Reizerscheinungen Tod im Koma. Dieser Fall 3 wird genauer anatomisch besprochen. Bei der Autopsie typischer Befund einer akuten gelben Leberatrophie. Gehirn makroskopisch: mäßiger Grad von Hirnschwellung. Mikroskopisch: schwerste akute Ganglienzellerkrankung in der ganzen Rinde mit in der Nachbarschaft der Gefäße liegenden größeren Verödungsherden meist in der 3. *Brodmann*schen Schicht. Verfettung der Muskularis kleinster Rindengefäße, reichlich Fett in den adventitiellen Lymphräumen; starke Ganglien- und Gliazellverfettung. Akuter Ganglienzellzerfall und regressive (amöboide) Gliaveränderungen im Striatum, weniger schwere Ganglienzellerkrankung



und zum Teil progressive Gliaveränderungen mit vereinzelten kleinen Gliaherdchen im Pallidum. Im Dentatum Ganglienzell- und regressive Gliazellerkrankung. Sehr auffällige hochgradige akute Ganglienzellerkrankung mit progressiven Gliawucherungen in der Oliva superior. Weite Gebiete besonders motorischer Ganglienzellen der Medulla oblongata und des Pons erweisen sich völlig intakt; vereinzelt aber auch hier schwere Veränderungen einiger Zellkomplexe und kleinste Gliaherde. Am stärksten verändert erscheint die Hirnrinde. — Ein Zusammenhang dieser schweren toxisch-degenerativen Gehirnschädigung mit der akuten gelben Leberatrophie ist sicher anzunehmen. Auch die 2 anderen Fälle zeigen freilich viel leichtere Veränderungen, Gliawucherungen, Gefäßwandverfettungen besonders in der Rinde; Striatum und Pallidum sind in diesen Fällen ohne wesentliche Veränderung. Bei allen drei Fällen steht die Erkrankung der Stammganglien im Gegensatz zu den von *F. H. Lewy* angeführten Befunden von *Spatz* hinter der Rindenerkrankung stark zurück. So schwere Gehirnbefunde bei akuter gelber Leberatrophie wie in Fall 3 scheinen nicht regelmäßig zu sein. Vielleicht handelt es sich in den beiden anderen Fällen um graduell verschieden ausgeprägte Befunde entsprechend der Schwere und Dauer der psychischen Erscheinungen im letzten Stadium der akuten gelben Leberatrophie.

Aussprache. — *Pette* hält die Befunde des Vortragenden für sehr bemerkenswert, geben sie doch dem Kliniker eine anatomische Grundlage für seine Beobachtungen am Krankenbett. Die Diagnose der akuten gelben Leberatrophie ist, da der Nachweis von Leuzin und Tyrosin keineswegs immer gelingt, im Frühstadium recht schwer und wird im allgemeinen erst dann gestellt, wenn sich zum Ikterus psychomotorische Störungen gesellen. Entsprechend den Veränderungen in der Hirnrinde beherrscht bald eine schwere psychische Alteration bei hochgradiger Apathie das Krankheitsbild. Die Veränderungen im Corpus striatum finden klinisch ihren Ausdruck in Stereotypien, choreatiformen Bewegungsstörungen, kurzum in Hyperkinesen, die Bildern gleichen, wie wir sie bei der epidemischen Enzephalitis so häufig gesehen haben.

Kirschbaum (Schlußwort): Es wird sich vielleicht zweckmäßig erweisen, bei den verschiedenen noch ungeklärten Symptomen seitens des Nervensystems in den terminalen Stadien der akuten gelben Leberatrophie auf neurologische Zeichen zu achten und den anatomischen Gehirnbefund genauer zu untersuchen.

Zweite Sitzung Sonntag, den 6. November 1921, im St. Jürgen-Asyl in Ellen, 9½ Uhr vormittags.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit einer Geschäftsordnungserörterung über den in der ersten Sitzung vorgelesenen Antrag *Rosenfeld*-Rostock. Es ergibt sich Einstimmigkeit, daß an dem bisherigen Brauch der Wanderversammlung festgehalten werden soll. Als nächster Versammlungsort soll zunächst Lüneburg, sodann Schleswig in Betracht kommen. Die Versammlungen sollen möglichst ins Semester verlegt und möglichst eintägig abgehalten werden. Der Vorsitzende wird beauftragt, die entsprechenden Schritte für die nächste Versammlung einzuleiten.



Schultze-Göttingen: Trunksucht und Trunkenheit in den Entwürfen zu einem deutschen Strafgesetzbuch.

Der Entwurf berücksichtigt gleich dem Vorentwurf sehr viel aus giebiger als das geltende Strafrecht die Trunkenen und Trunksüchtigen. Ihre Zurechnungsfähigkeit wird durch den § 18 des Entwurfes geregelt nur mit der Ausnahme, daß die durch selbstverschuldete Trunkenheit bedingte verminderte Zurechnungsfähigkeit die für diese vorgesehene Strafmilderung ausschließt. So berechtigt dieser Standpunkt erscheint, der nicht sowohl die geistige Störung als vielmehr deren Ursache berücksichtigt, so muß doch vom ärztlichen Standpunkt aus auf die Schwierigkeit hingewiesen werden, die die Deutung des Begriffs der Selbstverschuldung in seiner Bezugnahme auf Trunkenheit dem ärztlichen Sachverständigen macht. Natürlich ist die Trunkenheit selbstverschuldet, die von dem Täter mit der Absicht, widerrechtlich zu handeln, herbeigeführt ist; aber diese Fälle bilden die Ausnahme, und der Beweis des Vorsätzlichen ist im Einzelfalle schwer zu erbringen. — Erfreulicherweise verläßt der Entwurf den Standpunkt, den der Vorentwurf in dem fast einmütig abgelehnten § 64 eingenommen hat; er sieht vielmehr entsprechend dem § 190 des Gegenentwurfs eine Strafe für die sinnlose Trunkenheit vor, in die sich der Täter vor Begehung der strafbaren, ihm nicht zurechenbaren Handlung selbstverschuldet versetzt hat; somit wird die Verursachung eines die Zurechnungsunfähigkeit nach sich ziehenden Zustandes bestraft. Man kann dem Entwurf nur beipflichten, wenn er die grobe Trunkenheit des Vorentwurfs § 309 Nr. 6 nicht übernommen hat, das heißt die Bestrafung desjenigen, der in einem Zustande selbstverschuldeter Trunkenheit, der geeignet ist, Ärgernis zu erregen, an einem öffentlichen Ort betroffen wird. Die mildeste der sichernden oder bessernden Maßnahmen, die Schutzaufsicht, verspricht vor allem Erfolg, wenn der Fürsorger selbst abstinent oder, was noch besser Mitglied eines Enthaltsamkeitsvereins ist und seinem Schützling der Eintritt in einen Abstinenzverein zur Pflicht gemacht wird. Überhaupt müßten dem Fürsorger auch weitgehende Rechte eingeräumt werden, wenn er seinen Pflichten nachzukommen Aussicht haben soll. — Der Entwurf (§ 91) hat das viel umstrittene Wirtshausverbot unter voller Anerkennung aller vorgebrachten Bedenken aus dem Vorentwurf (§ 43) übernommen, freilich mit mannigfacher Änderung hinsichtlich seiner Voraussetzung und seiner Durchführung. Allzuviel Erfolg ist von diesem Verbot nicht zu erwarten. Vor allem dann nicht, wenn nicht durch eine allgemeiner gehaltene Gesetzesbestimmung jeder bestraft werden kann, der dem zum Wirtshausverbot Verurteilten den Genuß geistiger Getränke in einem Wirtshaus ermöglicht, und wenn nicht das Wirtshausverbot veröffentlicht wird. Die hiergegen vorgebrachten Bedenken erscheinen schon mit Rücksicht auf § 687 der ZPO. (Veröffentlichung der Entmündigung wegen Trunksucht) nicht berechtigt. — Versagen alle Mittel, so sieht der Entwurf (§ 92) gleich dem Vorentwurf (§ 43) die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt vor, falls Trunksucht vorliegt und diese Maßnahme erforderlich erscheint, um den Trunksüchtigen an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen. Es ist aber zu er

gen, ob nicht aus praktischen Gründen, da eine scharfe Scheidung
ischen dem Trunksüchtigen und dem Gewohnheitstrinker nicht zu
hen ist, besser von Trunkfälligkeit, statt von Trunksucht gesprochen
rd. Die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt sollte nicht von
ier in der Trunkenheit begangenen Straftat abhängig gemacht werden,
ı auch die infolge alkoholischer Degeneration kriminell Gewordenen
ffen zu können; ebensowenig von einer Bestrafung schlechtweg. Die
terbringung in einer Trinkerheilanstalt sollte vielmehr bei Vorliegen
anderen Voraussetzungen zulässig sein bei jeder Straftat, die unter
n Einfluß von Alkohol zustande gekommen ist, zumal die zwang-
ise und doch sehr oft gebotene Internierung des Gewohnheitstrinkers
f anderem Wege nur mit Schwierigkeit zu erreichen ist. Die Unter-
ngung in der Trinkerheilanstalt, die der Richter anordnet, bewirkt
Landespolizeibehörde (§ 93). Erfreulicherweise! Die Entlassung
s der Trinkerheilanstalt sollte nur widerruflich und an die Stellung
ter Schutzaufsicht geknüpft sein. Die Bemessung der Höchstdauer
f 2 Jahre (§ 94) erscheint nicht hinreichend gerechtfertigt, wenn auch
über diesen Zeitpunkt hinaus notwendige Verwahrung des Trunk-
chtigen in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten (§ 88 des Ent-
ırfs) möglich ist — aber nicht auf dem von dem Vorentwurf in seiner
gründung vorgeschlagenen Umwege einer Entmündigung wegen Trunk-
cht.

Aussprache. — *Weygandt*-Hamburg: Die Psychiater müssen
rauf dringen, daß sie als die geeigneten Sachverständigen in Alkohol-
agen verwandt werden. Errichtung geeigneter Trinkeranstalten schei-
rn an den Kosten. Daher müssen sich die Irrenanstalten rüsten, die
internierenden Trinker aufzunehmen, wenn es auch kein angenehmer
ıwachs ist; auch die derzeitigen vielen freien Plätze in den Anstalten
nnen dadurch zweckmäßig verwertet werden. Alkoholverabreichung
Kinder sollte möglichst im Strafgesetzbuch unter Strafe gestellt sein.

Stoevesandt-Bremen betont, daß auf Wunsch der praktischen Ärzte
Bremen die Kranken mit Del. tremens in die Krankenanstalt und
cht in die Irrenanstalt kommen, da die Angehörigen Aufnahme in die
renanstalt verweigern.

Runge-Kiel fragt den Vortr., ob er nicht gewisse Bedenken hat, die
ıf Grund strafbarer Handlungen zur Verwahrung bestimmten Alkoho-
ten in die Heil- und Pflegeanstalten unterbringen zu lassen. Die Zahl
r Alkoholisten dürfte dann dort nicht unerheblich zunehmen, und sie
ırften, da sie ein recht schwer zu disziplinierendes Element darstellen,
i längerer Unterbringung den Anstalten große Schwierigkeiten be-
iten. Es ist zu empfehlen, im Vorentwurf eine Möglichkeit zu schaffen,
e lange Zeit zu verwahrenden Trinker evtl. nach Abschluß einer etwa
otwendigen Anstaltsbehandlung anderweitig unterzubringen. In Be-
racht kämen die Arbeitshäuser, in denen natürlich für ausreichende
ufsicht und strenge Abstinenz zu sorgen wäre.

Delbrück-Ellen: Hinsichtlich der strafrechtlichen Behandlung der
lkoholiker sind die Ansichten der Alkoholgegner sehr geteilt; die einen
ordern ihre Exkulpierung, weil sie Kranke sind, die andern ihre strengere
Bestrafung, damit durch die Strafrechtspflege der Alkoholismus bekämpft



werde. Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet die allgemeine Tendenz der modernen Kriminalisten, die in ausgesprochenem Maße in unseren Gesetzentwürfen zum Ausdruck kommt, dahingehend, daß neben die Strafen die Schutzmaßregeln gestellt werden. Das ermöglicht uns, gleichzeitig zu strafen und zu heilen. Nicht allzu schwierig erscheint mir auch eine Lösung des Problems, ob man zuerst strafen und dann Heilmaßnahmen ergreifen soll oder umgekehrt. Wenn wir das erstere tun, verfahren wir im Sinne der Strafrechtsreform, wie sie bereits in Amerika eingeführt ist. Die dortigen Reformstrafanstalten gleichen ohnehin nach meinen Eindrücken der bezüglichen Literatur unseren Irrenanstalten. In diesem Sinne wird sich vielleicht auch das Problem der Versorgung der unheilbaren Alkoholiker lösen lassen. Ich glaube, daß sich in bezug auf die Alkoholiker wie in bezug auf die unverbesserlichen Verbrecher überhaupt die Dinge in ähnlicher Weise entwickeln werden wie in der Irrenpflege, wo man von der grundsätzlichen Trennung der Heilbaren von den Unheilbaren ganz zurückgekommen ist. Je mehr die Irrenanstalten in abstinentem Sinne geleitet werden, desto mehr werden sie für die Unterbringung der heilbaren wie der unheilbaren Alkoholiker geeignet sein.

Schäfer-Langenhorn führt aus, daß das Problem der verminderten Zurechnungsfähigkeit im weitesten Sinne letzten Endes die Einrichtung besonderer Anstalten erfordern wird. Sie würden, wie die verminderte Zurechnungsfähigkeit zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit steht, zwischen Gefängnis und Irrenanstalt stehen müssen. Ihre Einrichtung würde voraussichtlich eine unerschwingliche finanzielle Belastung nicht bedingen, da sie Gefängnisse und Irrenanstalten sehr entlasten würden.

Schultze-Göttingen (Schlußwort).

Langelüddeke-Hamburg: Zur Methodik des Psychographierens.

L. hat in 5 Fällen ein und dieselbe Person von mehreren (3—6) anderen Personen, und zwar unabhängig voneinander, nach dem Schema von *Heymans* und *Wiersma* psychographieren lassen und die so über jede Person entstandenen Psychogramme miteinander verglichen. Es hat sich dabei gezeigt, daß die Persönlichkeit des Psychographen bei der Beantwortung der Fragen eine größere Rolle spielt als man bisher glaubte. Das Temperament des Psychographen und seine eigenen Fähigkeiten, ganz besonders aber seine Stellungnahme zur psychographierten Person (Sympathie und Antipathie) lassen die letztere jeweils in einem anderen Lichte erscheinen. Das „mehrfache Psychographieren" erscheint geeignet, einerseits über den Psychographen selbst mancherlei Auskunft zu geben, andererseits eine größere Objektivierung der psychographischen Methode herbeizuführen. Besonders wird dabei auf die heutigen Bestrebungen in der Schule (Begabtenauslese) verwiesen.

Aussprache. — *Weygandt*-Hamburg: Der Vortrag zeigt, welche Schwierigkeiten bei gründlicher Feststellung des Seelenzustandes zu beachten sind, und enthält eine Mahnung zur möglichst objektiven Beurteilung. In Friedrichsberg werden schwierige Fälle im psychologischen Laboratorium unter Beihilfe dafür ausgebildeter Schwestern systematisch

nit einer Reihe von experimentalpsychologischen Methoden geprüft, leren Ergebnisse wichtige tragfähige Bausteine für eine synthetische)arstellung der psychischen Konstitution liefern.

Dräseke-Hamburg stellt als eine der Hauptforderungen bei jedem 'sychographieren auf, vorher in jedem Fall eine gründliche Familien-eschichte der Versuchsperson aufzunehmen und zwar nach körperlicher ınd geistiger Beschaffenheit ihres Stammes.

Holzmann-Hamburg warnt davor, daß derartige psychologische ixperimente zu früh und kritiklos in die Praxis übersetzt werden. *Stern* ;ab beispielsweise während des Krieges auf Grund von experimentellen 'rüfungsergebnissen ein autoritatives Urteil über die Eignung von Anvärterinnen für den Straßenbahndienst ohne vorausgegangene ärztliche 'rüfung der körperlichen Leistungsfähigkeit! Es wurde s. Z. *Stern* von *imbal* und mir darauf hingewiesen, daß denn doch Ausdauer des Willens ınd des Körpers eine sehr große ausschlaggebende Rolle spielen. Jedenalls muß der Arzt sich die Hauptrolle bei der Prüfung körperlicher und eelischer Eignung vorbehalten.

Jaspersen-Preetz warnt dringend die schematisierte psychische 3eurteilung in die Schule einzuführen und ihr gar auf die Zukunft der ugend einen entscheidenden Einfluß zu gewähren. Er weist darauf hin, laß die Psychiater berufen seien, solchen gefährlichen Experimenten, lie die Zukunft unseres Volkes bedrohen, entgegenzutreten. Die Betimmung über den Bildungsgang darf nicht ausschließlich der Schule ugewiesen werden, der Einfluß der Eltern darf nicht ausgeschaltet werden.

Kobert-Wilhelmshaven: Bei der Reichsmarine sind Bestrebungen im Gange, die Leute auf ihre Geeignetheit zum Dienst, besonders zu Speialausbildungen, psychographisch zu untersuchen. Diese Untersuchun-;en sollen wahrscheinlich von Laien ohne Mitwirkung eines Arztes vor-;enommen werden, was auf jeden Fall Gefahren in sich birgt.

Rehm-Ellen: Die jetzt betriebenen psychologischen Untersuchungen eziehen sich fast nur auf die intellektuelle Begabung; der Wille und ler Affekt werden vernachlässigt. Es geht nicht an, aus dem gegenwärti-;en intellektuellen Besitzstand für die Zukunft des Untersuchten große ichlüsse zu ziehen. Vor allem ist vor der Begabtenauslese nach Berliner Auster dringend zu warnen.

Weygandt-Hamburg: Lücken in der Methodik berechtigen nicht, las Prinzip zu verwerfen. Wir müssen uns vergegenwärtigen, wie mangelaft früher die Berufswahl usw. geschah. Gerade die derzeitigen Durchschnittseltern in der modernen Großstadt sind recht ungeeignet, die seelische Eignung der Kinder für einen Beruf zu beurteilen. Das pädagogische Gebahren außerordentlich vieler Eltern ist höchst verkehrt und ungünstig. Die Trambahnwagenführerprüfung durch den hervorragenden Psychologen *Stern* bedarf gewiß der Vervollkommnung sowie der Ergänzung vom ärztlichen Standpunkt, aber früher war es eben doch sehr viel schlimmer. Es wurden in Hamburg manchmal ungeheilt aus der Irrenanstalt Entlassene zu Trambahnwagenführern gemacht.

Langelüddeke-Hamburg (Schlußwort): Selbstverständlich können bei den experimentell-psychologischen Prüfungen Irrtümer vorkommen. Es wäre jedoch verkehrt, deswegen und weil uns vielfach die Erfahrungen

noch fehlen, ganz das Weiterarbeiten an diesen Methoden zu verwerfen, ebenso wie wir nicht auf klinische Versuche z. B. therapeutischer Art verzichten können.

Lienau-Hamburg: Grenzzustände bei Gebildeten.

L. berichtet über eine Anzahl von Grenzzuständen bei Gebildeten und bittet in bezug auf die in der Versammlung angeschnittene Frage der Begabtenauslese, die Fälle einer Prüfung zu unterziehen, in welchen einer hohen intellektuellen Entwicklung, einem gewaltigen Gedächtnisschatz und einem scharfen Urteil in belletristischen, politischen und religiösen Fragen ein völliges moralisches Vakuum oder eine abnorme Entwicklung der Willensenergie mit völliger Haltlosigkeit gegenüber dem Triebleben und gegenüber eigenen und äußeren Eingebungen gegenüberstehen. *L.* unterscheidet dabei zwischen endogenen und aquirierten Zuständen seelischer Veränderung (Psychopathie). Er skizziert eine Reihe von Krankheitsbildern: Bei einem 36 jährigen, von jeher etwas nervösen Akademiker ohne wesentliche erbliche Belastung, der ein großer Idealist und „zeitweise etwas verdreht" war, brachen plötzlich im Anschluß an familiäre Aufregungen schwere Krankheitserscheinungen aus, welche einen stark schizophrenen Eindruck machten. Ausgesprochene Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen verbunden mit Sinnestäuschungen, Visionen und Halluzinationen, beherrschten das Krankheitsbild, und Tage großer Erregung und Verworrenheit wechselten mit Zeiten gewisser Krankheitseinsicht und völliger Ruhe. Der Kranke glaubte sich auf Schritt und Tritt beobachtet und durch Magnetismus beeinflußt. Die Wärter wurden für verkleidete Ärzte gehalten, welche ihn beobachten sollten. Er glaubte sich mit Christus verbunden und sich selbst „noch etwas höheres als Christus". Interessant war, daß er je nach der Stimmungslage die magnetischen und sonstigen Beeinflussungen bald deutete als zu seinem Nutzen geschehend, bald als zu seinem Schaden stattfindend, um ihn am Avancement zu hindern. Im Laufe von etwa 3 Monaten besserte sich der Zustand. Er ist seit über 10 Jahren völlig geheilt und leistet geistig bedeutendes. — In einem zweiten Falle führten familiäre Streitigkeiten, Verlobung des Patienten mit einer französischen Hochstaplerin, zu Familienszenen und zu einer kräftigen Ohrfeigung des Patienten. Er erkrankte in unmittelbarem Anschluß daran, war sehr erregt, halluzinierte lebhaft, hörte den Verwandten, der ihn geohrfeigt hatte, behauptete, derselbe sei mit seinen übrigen Verwandten im Hause. Wechselndes Krankheitsbild, spricht zerfahren, sein Schwager sei hier in zwei Gestalten, es seien auch andere Feinde von ihm hier versteckt. In Zeiten der Ruhe behauptete er gelegentlich, ihm fehle garnichts, er habe nur simuliert. Monatelang dauerten die Sinnestäuschungen, die sich auch auf die Braut erstreckten, die „gevierteilt" sei. Zeitweise tauchten Größenideen auf, ihm sei der Senatortitel und der Doktortitel angeboten worden. Er habe die Pfleger zu Dragonern ernannt. Andauernd große Verworrenheit. Es wurde die Diagnose „Dementia praecox" gestellt und von einer Autorität bestätigt. Von letzterer wurde der Fall ernster als von mir beurteilt. Der Kranke war über ein Jahr in ausgesprochen krankem Zustande, dann flauten die Erscheinungen ab. Er



ist seit 10 Jahren nicht wieder erkrankt. Hat vor Jahren geheiratet, 1 Kind, lebt in glücklicher Ehe. Der Seelenzustand ist geistig schwach, was er wahrscheinlich immer gewesen ist. Immerhin ist der Kranke dem Leben wiedergewonnen. — In den beiden vorliegenden Fällen handelt es sich um ausgesprochen schizophrene Krankheitsbilder; es wurde die Diagnose Dementia praecox gestellt. Gemeinsam ist in beiden Fällen, daß Stimmungslage und Deutung der Wahnvorstellung und Sinnestäuschungen je nach der Stimmung als für den Kranken nutzbringend oder schädigend beurteilt wurden. Gemeinsam ist ferner in beiden Fällen ein verhältnismäßig häufiges Auftreten von Remissionen und der wohltuende Einfluß der Versetzung in Landluft und körperliche Betätigung.

L. bespricht dann seine Erfahrungen mit Morphinisten und Kokainisten, die er nur aufnimmt in seine geschlossene Abteilung und unter der Bedingung, daß sie sich mit ihrer Behandlung als Geisteskranke ausdrücklich einverstanden erklären. In 2 Fällen von schwerem Morphinismus plus Kokainismus sah er bei sofortiger Entziehung relativ großer Dosen Dauerheilung, desgleichen im letzten Jahre allein in 4 Fällen von „Kriegsmorphinismus" bei sofortiger Entziehung Heilung in wenigen Wochen. Die sofortige Entziehung stellt an Arzt und Personal große Anforderungen, da eine dauernde psychische Beeinflussung unumgänglich notwendig ist, um die Abstinenzerscheinungen erträglich zu machen. Ein geheilter Kollege legte seine Krankheitsgeschichte, die für die anderen Fälle auch charakteristisch ist, folgendermaßen nieder: „1916 an der Somme (Frankreich) an Ruhr erkrankt, lernte ich damals zum erstenmal an mir selbst die Morphiumwirkung kennen, da die quälenden Tenesmen einfach nicht mehr zu ertragen waren; im Feldlazarett bald geheilt, kam ich, zu meiner Truppe zurückgekehrt, schnell und ohne Schwierigkeit von M. wieder los. Im Winter 1916/17 bekam ich eine sehr schmerzende Okzipitalneuralgie, die mir viele schlaflose Nächte bereitete; nur bei den Schmerzattacken gebrauchte ich unregelmäßig M.; zu meinem Glück erhielt ich damals ein mehrwöchiges Kommando in die Etappe, wo ich ja beste Gelegenheit fand, mich in jeder Beziehung zu heilen. Im August 1918 erkrankte ich an Grippe und äußerst hartnäckiger, schwerer Ruhr; die Schwäche nach den starken Blutverlusten, insbesondere die entsetzlichen Tenesmen ließen mich wieder zur Spritze greifen, da, bei der vielen schweren Arbeit und der geringen Zahl von Ärzten — 2 diensttuende — auf dem Hauptverbandsplatz bzw. Wagenhalteplatz, an Ruhe, Diät usw. nicht zu denken war. Bei den dauernden Rückwärtsmärschen, dem eigenen elenden Ergehen auf dem Rückzug kam ich nicht wieder los; daheim angelangt versuchte ich immer und immer wieder mich freizumachen, ein vergebliches Beginnen bei dem zermürbenden Ärger und Verdruß der anstrengenden Praxis. Möglichst sparsam, verbrauchte ich doch zuletzt 1 g M. wöchentlich, im Durchschnitt 0,15—0,2 pro die. Um endlich frei von M. zu werden, suchte ich anfangs September 1920 die Nervenheilanstalt auf. Mit einem Schlage wurde hier das M. weggelassen; prompt setzten Mitte des 2. Tages die Abstinenzsymptome ein: äußerst quälende Unruhe, Tränenträufeln mit starker Lichtscheu, krampfartige Niesanfälle, unangenehmes Herzklopfen — das Herz hämmerte direkt gegen die Brustwand —, schmerzhaftes Würgen und Er-



brechen stark saurer Massen — Zähne wurden stumpf —, Durchfälle (bis 15mal pro die) von nicht charakteristischem Aussehen während 3 Tage, schließlich das Peinigendste: neuralgiforme Schmerzanfälle bei heftigen Bewegungen, im Rücken beginnend und in sämtliche Extremitäten ausstrahlend, dabei dauernd taubes Gefühl in sämtlichen Gliedern; die Schmerzen, besonders in den Unterschenkeln, nahmen mitunter einen schier unerträglichen Charakter an. Man hatte die Empfindung, als würde mit scharfen Wundhaken das Fleisch von Sohlen und Unterschenkelknochen abgekratzt. Das Schlucken fester Speisen — auch noch so fein gekaut — wurde einem zur Qual; nach jedem Schluck traten Ösophagusspasmen auf. Man hatte das Gefühl, als bliebe der Bissen in der Speiseröhre stecken und glitt dann langsam unter Schmerzen die stark kontrahierte Speiseröhre hinab. Unstillbarer Durst quälte einen Tag und Nacht; Lippen, Zunge, Schlund waren wie ausgedörrt; etwa ½ Stunde nach dem Essen setzten kolikartige Leibschmerzen ein, Leib wurde krampfartig kahnförmig unter Schmerzen zusammengezogen. Die Urinausscheidung war enorm. Tag wie Nacht setzten ferner langdauernde schmerzhafte Erektionen ein, die sich ohne jeden Orgasmus in Pollutionen entluden, danach Krämpfe in der Darmmuskulatur; Durst wie Erektionen bzw. Pollutionen verloren sich sofort nach Aufstehen. Schlaf war wie fortgeweht, und durch die üblichen Schlafmitteldosen nicht zu erzwingen, im Gegenteil, sie wirkten in der üblichen Dosis direkt exzitierend. Dazu kam eine schwere seelische Depression; Selbstvorwürfe, Scham über die Entgleisung peinigten einen direkt Tag wie Nacht; dann der immer wilder werdende Hunger nach M.; nur mit Aufbietung aller Energie war es möglich, im Bett zu bleiben, in dem man sich unruhig von einer Seite zur andern wälzen mußte! 3½ Tage und Nächte hielten diese Abstinenzsymptome an; beide Ellenbogen wie alle prominenten Körperteile des Rückens und der Unterextremitäten waren von dem ewigen Herumwälzen wund gerieben; 3 mal bekam ich warme Vollbäder, davon 2mal 1½ Stunden lang, als die oben angeführten Abstinenzsymptome schier unerträglich wurden; im Bade ließen wohl die Beschwerden etwas nach, um darnach im Bett sofort in alter Heftigkeit wieder einzusetzen, dazu kam noch Präkordialangst in nicht gerade leichter Form bei hartem, etwas beschleunigtem Puls (etwa 90 Schläge in der Minute); kalte Umschläge auf Herzgegend wirkten da lindernd. Morgentemperatur im Durchschnitt 37,0°, Abendtemperatur 37,6° in der ersten Woche, um dann konstant auf 36,9—37,1 zu bleiben; Puls nun ruhig, gleichmäßig weich, gut gefüllt, 70—74 in der Minute. Nach 8tägiger Bettruhe durfte ich aufstehen, vermochte auch kaum mehr zu liegen, da die angeführten wundgeriebenen Stellen anfingen empfindlich zu schmerzen und zu neuem Umherwälzen zwangen, nachdem die Abstinenzbeschwerden, insbesondere die innere Unruhe, stark im Abklingen waren. Aufgestanden, drückte mich eine nie gekannte Schwäche schier zu Boden; der Gang war schwankend, leicht ataktisch, dazu gesellte sich ein dauerndes Zittern aller Glieder, selbst der Zunge in Ruhe, um bei jeder Bewegung heftiger zu werden und jegliches Zufassen zu stören, dazu noch die Lichtscheu mit gelegentlichem Doppelsehen. Beim Gehen hatte man das Gefühl unendlicher Schwere in den Sohlen, als hätte man Doppelsohlen aus Blei an den Füßen

dabei eine ungemein rasche Ermüdbarkeit mit unangenehmem Brennen in der Streckmuskulatur der Oberschenkel; man hatte die Empfindung, daß wohl Liegen und Ruhe überhaupt das einzig Richtige wäre, aber die wunden Stellen ließen ja das Liegen nicht zu, jagten einen bald wieder hoch. Tränenträufeln, Niesen war verschwunden; der Appetit besserte sich rasch, der Stuhlgang war und blieb normal. Von Tag zu Tag besserte sich bei möglichst vielem Liegen im Freien der Zustand körperlich wie seelisch rasch. Das Sehen wurde schärfer; nur allein Schlaflosigkeit hielt noch an; 1 g Medinal verhalf wohl zum Einschlafen, aber nach höchstens 2—3 Stunden wieder vollkommen wach, die Wirkung des M. vollständig erschöpft; der kurze Schlaf war nicht erquickend, im Gegenteil dabei schwere Träume von schrecklichen Kriegserlebnissen, die einen das Wachen fast vorziehen ließen. Nach etwa 14 Tagen Sanatoriumaufenthalt — nach Besuch des Helfferichabends — trat hierin endlich der langersehnte Umschwung ein; schlief zum erstenmal seit etwa 2 J. ohne Schlafmittel gut, die ganze Nacht erquickend; von da ab suchte ich möglichst ohne chemische Beihilfe auszukommen, nur bei längerem Nichtvermögen des Einschlafens sporadisch, um schließlich von etwa Anfang Okt. an auch davon gänzlich frei zu sein. Bei täglichen leichten, körperlichen, einstündigen Arbeiten, weiter und weiter sich ausdehnenden Spaziergängen verschwanden alle Beschwerden, um von etwa Mitte Okt. ab einem ruhigen, wohligen, gesunden Gefühl Platz zu machen; eine gehobene, glücklichfrohe Stimmung stellte sich ein, frei von der Sklaverei des M. zu sein. Der Schlaf wurde tiefer, traumlos und erquickend. Zum Schlusse möchte ich noch folgendes betonen: Die sofortige vollkommene Entziehung ist möglichst immer anzustreben; der erzieherische Wert dieser Methode ist meiner Ansicht nach gar nicht hoch genug anzuschlagen; die schweren Tage sind ins Gedächtnis eingebrannt!!!“ Im Gegensatz zu diesem durch äußere Veranlassungen akquirierten Morphinismus, der eine durchaus günstige Prognose bietet, hat *L.* bei anderen Fällen, denen eine von Haus aus psychopathische Degeneration zugrunde lag, gute Dauererfolge nicht zu verzeichnen.

L. schildert dann einige Fälle von Psychopathien, die teils von Haus aus bei schwerer erblicher Belastung bestanden und Persönlichkeiten betrafen, welche im öffentlichen Leben bzw. im Kriegsdienste eine gewisse Rolle spielten, teils im Anschluß an einen Nervenschock (Absturz mit einem Flugzeug, Schiffsuntergang am Skagerak, übermenschliche Kriegsstrapazen) zu einer Persönlichkeitsveränderung mit krankhaft erhöhter Bestimmbarkeit und Alkoholintoleranz führten. In einem der ersteren Fälle bestand bei hoher Intelligenz und gewandtester Dialektik eines einseitig begabten Salonmenschen eine homosexuelle Veranlagung mit völliger Willenlosigkeit und absolutem moralischen Schwachsinn, derart, daß wohl die moralischen Begriffe erklärt werden konnten, eine Möglichkeit der Anwendung auf die eigene Person aber nicht vorhanden war. Der Fall wurde kriminell wie ein 2., wo einer starken Gehirnerschütterung und einem militärischen Delikte eine Situationspsychose folgte. In 3 weiteren Fällen kam es zu Delikten im Anschluß an Alkoholismus bei durch Nervenschock veränderten Seelenzuständen. In einem Falle kam es zu einem ganz kurz dauernden Ausnahmezustand mit homo-



sexueller Verirrung. In diesem Falle war die Beurteilung auf Grund des § 51 RStrGB. besonders schwierig; immerhin ergab sich doch eine Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen des § 51. Diese Annahme wurde erheblich bestärkt durch die nachträgliche Feststellung, daß ein Bruder von jeher an ganz leichten und kurzdauernden epileptischen Anfällen litt.

Dräseke-Hamburg: Zur Geschichte des Augenspiegels.

Der Vortragende wies einleitend kurz darauf hin, daß vor *Helmholtz* sich eine Reihe von Forschern mit den sogenannten leuchtenden Augen der Wirbeltiere und mit dem Augenleuchten beim Menschen beschäftigt haben. *Helmholtz*' geniale Erfindung des Augenspiegels fiel in das Jahr 1851, und er selbst wies schon darauf hin, daß jeder sein eigenes Auge spiegeln könne; nach ihm wurden von *Coccius*, *v. Zehender* und *Heymann* Autophthalmoskope beschrieben. Aber vor *Helmholtz* war es in Bremen einem Mechaniker und Optiker namens *Erich Dahlfuß* bereits im Jahre 1844 durch fortgesetzte Beschäftigung mit optischen Erscheinungen gelungen, zur Beobachtung seines eigenen Auges ein Autophthalmoskop zu erfinden, das er „Ommatotyposkop" nannte. In einem Brief, datiert Bremen, 5. 5. 1844, den der Vortragende in sehr guter photographischer Wiedergabe vorlegen konnte, teilte *Dahlfuß* einem Verwandten in bescheidener Weise mit, daß er durch viele Versuche mit optischen Erscheinungen der Erfinder eines Werkzeuges geworden sei, „womit jedes gesunde Auge sich selbst, den Grund, die arteria centralis retinae, Verdunklung, Flecke, die Gefäße der Glashaut, als ein Bild beobachten kann". Der Schluß des Briefes gibt dann die erste bildliche Darstellung eines Augenhintergrundes mit einer kurzen Beschreibung dessen, was *Dahlfus* gesehen hat. Weiter ist für den Familienforscher noch interessant, daß auch ein Bruder von *Erich Dahlfus* eine Entdeckung, die sogenannte „Leimform" für die Herstellung von Gypsdecken machte, die in einem Petersburger Palais zuerst in Anwendung gekommen sein soll. Leider kam *E. Dahlfus* bei seinem Streben nach Erkenntnis wirtschaftlich nicht weiter, so daß sein Lebensschluß ein selbstgewollter war.

Schmits-Rockwinkel: Beschäftigung Kranker mit Blindenschrift.

Das Blindenschriftschreiben ist wegen seiner leichten Erlernbarkeit, des geringen damit verbundenen Kostenaufwandes und seines lohnenden Zieles eine geeignete Beschäftigung für Kranke. Die Hochschulbücherei für blinde Studierende in Marburg a. d. Lahn, Wörthstraße 9/11, stellt das nötige Material (Schreibtafel, Papier, Leitfaden; Kosten ungefähr 50 M.) zum Selbstkostenpreis zur Verfügung. Dieses Institut erteilt auch kostenlos brieflich Unterricht. Nach Erlernung erhält der Schreiber leihweise Literatur zur Übertragung, Papier und eine Blindenschriftschreibmaschine kostenlos zur Verfügung gestellt. — Kurze Übersicht über das System der Blindenschrift, Demonstration einer Blindenschriftmaschine und des übrigen Materials.

Rehm-Ellen: Weitere Erfahrungen über Kolloide in den Körperflüssigkeiten Geistes- und Nervenkranker.



Vortr. bespricht kurz den Begriff des Kolloids und das Vorkommen der Kolloide im menschlichen Organismus, insbesondere in den Körperflüssigkeiten, d. h. Blutserum, Hirnrückenmarksflüssigkeit und Harn. Die eigenen Versuche betreffen das Anreicherungsverfahren durch Schütteln mittels Toluol, Benzol und Xylol, das im Harn früher schon von anderen, besonders *Morawitz*, durchgeführt wurde, dagegen für das Blutserum und den Liquor etwas neues darstellt. — Die Ausschüttelung des Harns hat zu keinen neuen oder für die Neurologie brauchbaren Resultaten geführt. Dagegen ist beim Ausschütteln eiweiß- (oder lipoid-?) reicher Flüssigkeiten, wie Blutserum und Liquor, 1. Schaum-, 2. Gelbildung, 3. Trübung in der ausgeschüttelten Flüssigkeit zu beobachten. Das Ausschütteln geschieht am besten mittels einer Schüttelmaschine. Die Schaumbildung ist unzuverlässig, da offenbar geringste Unreinlichkeiten und zeitliche Verschiedenheiten Fehlerquellen sind. — Die Gelbildung erfolgt bei den verschiedenen Erkrankungen des Zentralnervensystems in ungefähr gleicher Stärke, jedoch besteht eine deutliche Tendenz der schwereren Erkrankungen, insbesondere des manisch-melancholischen Irreseins und der Epilepsie, zu einer Verringerung der Gelbildung im Blutserum, während im Liquor die Gelbildung ziemlich gleichmäßig erfolgt. — Die Trübung der ausgeschüttelten Flüssigkeit ist bei Hirnarteriosklerose und Paralyse im Liquor ungleich stärker wie bei der senilen Demenz, ähnlich im Blutserum, besonders im Vergleich zu Paralyse und Arteriosklerose, geringer als im Serum im Vergleich zur Schizophrenie. — Die Resultate der bisherigen Untersuchung sind demnach: die senile Demenz zeigt nur in wenig (28 %) Fällen und dann nur eine geringe Trübung des Blutserums und des Liquors im gleichen Verhältnisse, dagegen relativ häufig (in 33 % der Fälle) im Vergleich besonders mit Hirnarteriosklerose und Paralyse eine Gelbildung im Blutserum, aber auch dann im Gegensatz vor allem zur Paralyse nur geringgradig. Es erscheint demnach die von mir angegebene Reaktion für die Differentialdiagnose der senilen Demenz und Paralyse bzw. Gehirnarteriosklerose von Wichtigkeit. — Weiteren Untersuchungen ist die Ergründung der chemischen Art der Kolloide vorbehalten.

Delbrück-Ellen: Die Bremer Irrenpflege, Rückblicke und Ausblicke.

Die seit Ende des 18. Jahrhunderts hier bestehende Familienpflege war durch die topographischen Verhältnisse begünstigt. Die Errichtung der neuen Anstalt im Jahre 1904 inmitten des fraglichen Geländes und die Entstehung vieler mehr städtischer Wohnungen war ihrer Entwicklung weiterhin förderlich. Erst die Schwierigkeit der Ernährungsverhältnisse seit Ende des Krieges und die allgemeine Wohnungsnot nach demselben haben ihr wesentlich Abbruch getan. Es steht zu hoffen, daß dieser Übelstand in Zukunft verhältnismäßig bald behoben werden wird. — Die neue Anstalt mußte sofort nach Eröffnung durch umfangreiche Neubauten in den Jahren 1905—1911 wesentlich erweitert werden. Weitere Neubauten konnten vermieden werden durch einen Vertrag mit der Lippischen Regierung, die sich 1913 bereit erklärte, fünfzig bis sechzig Geisteskranke in der Anstalt Lemgo zu versorgen, die — eine Ausnahme



unter allen deutschen Irrenanstalten — schon damals Überfluß an Platz hatte. Das Bedürfnis an Anstaltsplätzen hat in Bremen aber wider Erwarten schon seit Anfang 1914 nicht mehr zugenommen. Seit 1917 aber haben wir, wie wohl alle Anstalten im deutschen Reich, Platzüberfluß, namentlich auf den Männerabteilungen, die seit etwa 1906—1911 unter wesentlicher Überfüllung zu leiden hatten. Die Abnahme der m. Gkren während des Krieges war zum Teil bedingt durch erhebliche Abnahme des Alkoholismus. Dieses Verhältnis wird bald in sein Gegenteil umschlagen. Außerdem haben wir mit einer wesentlichen Zunahme der Paralytiker infolge der Kriegssyphilis zu rechnen. Die durch den Krieg unmittelbar bedingte Reduktion der männlichen Bevölkerung im militärfähigen Alter ist ein Umstand, der von jetzt ab allmählich in immer geringerem Grade sich geltend machen wird. Dagegen ist zu berücksichtigen, daß der hochgradige Ausfall der Geburten, der jetzt anfängt die Frequenz der Schulen zu beeinflussen, in 15—20 Jahren anfangen wird, die Frequenz der Anstalten und zwar für Jahrzehnte in nennenswerter Weise zu beeinflussen. Von erheblicher Einwirkung werden außerdem die ökonomischen Verhältnisse sein, und die schon vor dem Kriege bestehende Tendenz, chronische Geisteskranke möglichst bald wieder aus der Anstalt zu entlassen, wird uns hoffentlich dazu helfen, der schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse Herr zu werden. Immerhin ist zu bedenken, daß die Irrenpflege mehr als andere Gebiete der Krankenpflege auf die soziale Fürsorge angewiesen ist. Das wird trotz der Ungunst der wirtschaftlichen Verhältnisse auch in Zukunft von Einfluß sein auf das Bedürfnis nach Anstaltsplätzen. Außer diesen allgemeinen Rücksichten werden aber für die Bremer Verhältnisse die besonderen Umstände auf die Entwicklung der Irrenpflege ihre Einwirkung ausüben. Für städtische Bevölkerung wird immer ein größeres Bedürfnis an Anstaltsplätzen sich geltend machen als für ländliche. Die Bevölkerung Bremens hat infolge raschen Aufschwungs des Übersee-Verkehrs schon jetzt die Höhe von 1913 wieder erreicht. Es ist also wohl möglich, daß wir in Bremen namentlich mehr m. Bevölkerung in Irrenanstalten zu versorgen haben werden, als anderwärts. Es ist unter diesen Umständen nicht leicht, bestimmtes für die Zukunft vorauszusagen und eine Entscheidung in der jetzt akuten Frage zu treffen, ob der Vertrag mit der Lippischen Regierung jetzt, wo wir selbst Überfluß an Platz haben, gekündigt werden soll oder umgekehrt erweitert, wofür die Tatsache spricht, daß die Durchschnittsunkosten für einen Kranken in der Lippischen Anstalt sich billiger stellen in Lemgo als in Ellen. Durch einen derartigen Abbau unserer Anstalt würden aber natürlich deren durchschnittliche Unkosten wesentlich erhöht werden.

Zum Schluß Rundgang durch die Anstalt unter Führung des Direktors und Besichtigung des Sanatoriums *Benning*-Rockwinkel.

Edzard-Bremen. *Grotjohann*-Ellen.

. Jahresversammlung der Pommerschen Vereinigung ür Neurologie u. Psychiatrie am 25. März 1922 in der Psychiatrischen u. Nervenklinik zu Greifswald.

Vorsitzender: *P. Schroeder*-Greifswald; Schriftführer: *Niesel*-ꞏtettin.

Anwesend: *Horstmann*-Stralsund, *Niesel*-Stettin, *Vorkastner*, *Nippe*-ꞏreifswald, *Schuppius*-Stolp, *Oeckinghaus*, *Krisch*, *Groß*-Greifswald, *Veddige*-Stralsund, *Franckenberg*-Stettin, *Mix*, *Lorentzen*, *Pophal*, *Schroe-er*-Greifswald.

Nippe-Greifswald: Ein bemerkenswerter Fall von Geruchs-alschwahrnehmung.

Folgender Fall wird kurz vorgetragen und dabei darauf hinge-riesen, daß von allen unsern Sinnesorganen der Geruchsinn der labilste st. In R. begab sich die Landarbeiterfrau D. am 15. 2. 22 morgens 45 Uhr aus ihrer Wohnung zum Melken auf das Gut. Ihr Mann war schon vorher aus dem Haus gegangen. Sie hatte über das ihr obliegende Melkgeschäft schon von jeher sich mürrisch geäußert. Ihr am 5. 8. 1921 geborenes Söhnchen schlief noch ruhig in seinem Wagen, der neben ihrem Bette stand. ¾6 Uhr kehrte sie zurück in ihre Wohnung. Es fiel ihr sofort auf, daß die Krampe in der Haustür mit einem dicken Holzpflock zugesteckt war, was sonst nicht zu geschehen pflegte; dagegen war die Nebentüre, die stets zugehakt gehalten wurde, geöffnet und stand halb auf. Sofort als sie in ihre Wohnung eintrat, schlug ihr ein starker Lysol-geruch entgegen, und ihr 4 jähriges Kind hörte sie zu dem Kleinen sagen: „Sei still, Mama kommt gleich". Sie sah dann, daß dem kleinen Kinde Schleim aus dem Munde auf das Jäckchen geflossen war, und dem Munde des Kindes entströmte ein unverkennbarer Lysolgeruch. Es war voll-kommen ausgeschlossen, daß der 4 jährige Bertold dem Kinde das Lysol beigebracht habe, denn es sei überhaupt kein Lysol im Hause gewesen. Auf Grund des schwerkranken Eindrucks, den das Kind nach noch nicht einstündiger Abwesenheit machte, und weil es gebrochen hatte, nahm sie sofort an, daß dem Kinde von fremder Hand Lysol eingeflößt worden war. Sie holte eine andere Frau, die ebenfalls vor Gericht bekundete, daß es unverkennbar nach Lysol in der Wohnung gerochen habe. Ihr herbeigeholter Ehemann schickte dann sofort zu dem prakt. Arzte Dr. K. in Tr., der bereits gegen ½9 Uhr vorm. eintraf und dem Kinde den Magen auspumpte. Die Spülflüssigkeit wurde aufgefangen und zur weiteren Untersuchung zurechtgestellt. Ebenso wurde das Erbrochene in einem Fläschchen gesammelt. Dr. K., ein ruhiger und besonnener Arzt, äußerte zu der Gutsherrschaft, da das Kind keine Verätzungen in der Mund-höhle aufwies, sei offenbar mit verdünnter Lysollösung gearbeitet worden. Infolgedessen geriet die Mutter in den Verdacht, dem Kinde selbst ver-dünntes Lysol beigebracht zu haben, damit es krank würde und sie sich so dem ihr unangenehmen Melkgeschäft entziehen könnte. Das Kind starb am nächsten Morgen 3 Uhr, das war also 21 Stunden später, als es aus scheinbar vorheriger Gesundheit heraus gebrochen hatte. Ehe



der Arzt kam, räumte die Frau noch schnell etwas auf, dabei sah sie auf dem Eßtisch einen Löffel liegen, der noch deutliche Spuren von Lysol trug. Auch das wurde von der Mutter, von der Nachbarin und vom Ehemann vor Gericht bekundet. Der Löffel wurde unverändert asserviert. Die Mutter des Ehemanns gab bei der Tatortschau noch an, daß der 4 jährige Bertold in seiner unbeholfenen Sprache gesagt hätte: „Mutter, geh nicht weg, sonst kommt der schwarze Mann mit dem Löffel, und dann muß ich auch sterben“. Auch der Ehemannn behauptete, daß der Junge zu ihm gesagt habe: „Schwarzer Mann ist dagewesen mit kleiner Flasche und Löffel und hat dem Kinde gegeben“. — Die Mutter ist eine intelligente geistesgesunde Person mit normalem Geruchsvermögen. Die Sektion des kleinen Kindes ergab, daß der Tod eingetreten war infolge ausgedehnter, in allen 5 Lungenlappen lokalisierter Entzündungen; die pneumonischen Herde erwiesen sich histologisch als reichlich fibrinhaltig, die pulmonale Pleura der entzündeten Lungenpartien war mit fibrinösen Beschlägen versehen. Diese Pneumonie mußte also mindestens 2 Tage alt sein. Es fanden sich keinerlei Ätzwirkungen, auch konnte bei der Sektion der frischen Leiche durch mich keinerlei spezifischer, insbesondere kein Lysolgeruch wahrgenommen werden. Die von kompetenter chemischer Seite vorgenommene Untersuchung der Spülflüssigkeit, des Erbrochenen und des Magen- und Darminhaltes sowie des Löffels ergab, daß nirgendwo Lysol bzw. ähnliche Stoffe, noch überhaupt andere Gifte festzustellen waren. Infolgedessen wurde von mir der Staatsanwaltschaft folgender gutachtlicher Bescheid erteilt: Nach dem Sektionsbefunde und nach dem negativen Ergebnis der gerichtschemischen Untersuchung liegt natürlicher Tod des Kindes infolge Lungenentzündung vor. Irgendein Anhaltspunkt für gewaltsamen Tod ist nicht vorhanden. Der Fall erklärt sich durch Geruchsfalschwahrnehmung der Mutter des Kindes und Suggestion dieses Geruchsirrtums auf die Personen der Umgebung. Das Gerichtsverfahren wurde daraufhin eingestellt. Bemerkt mag noch werden, daß auch minimalste Spuren von Lysol oder ähnlich riechender Stoffe sich der chemischen Expertise nicht entziehen, und daß der Fall gleichzeitig deswegen beachtlich erscheint, weil er, wie so viele, dartut, daß bei ungewöhnlichen Erlebnissen eine Reihe ganz geistesnormaler Personen zu verkehrten Schlüssen und Wahrnehmungen gebracht werden können, die den Wert ihrer Zeugenaussage dann auf Null reduzieren.

Aussprache. — *Vorkastner* bestätigt, daß sich Geruchsempfindungen sehr leicht suggerieren lassen.

Pophal-Greifswald: Neueres über Innervation der quergestreiften Muskulatur und über die Sehnenreflexe.

Nach einer kurzen Darstellung des Aufbaues und der Funktion des vegetativen Nervensystems werden die neueren Untersuchungen über die sympathische und parasympathische Innervation der quergestreiften Muskeln kurz referiert. Alsdann wird die neue Reflextheorie der Sehnenreflexe besprochen. Es wird ausgeführt, daß *Frank* in neuerer Zeit in Übereinstimmung mit *Westphal* das Sehnenphänomen für eine idiomuskuläre Zuckung erklärt hat. Während allerdings *Westphal* den erforderlichen Muskeltonus für einen reflektorischen hielt, glaubt *Frank*



ß der Tonus automatisch vom Mittelhirn unterhalten würde. Die *ank*sche Theorie besagt, daß das Sehnenphänomen eine idiomuskuläre nzelzuckung ist, ausgelöst vom Sarkoplasma und gebunden an den nischen Zustand des Sarkoplasmas, welch letzterer durch parasym-thisch-motorische Dauerimpulse längs afferenter Bahnen der hinteren urzeln unterhalten und gesteigert wird. Hiernach spielt die vordere urzel für das Zustandekommen des Sehnenphänomens an sich keine)lle; sie ist schließlich nur deshalb unentbehrlich, weil die Muskel-rille trophisch von der Vorderhornzelle abhängig ist und 10—14 Tage .ch Durchtrennung der vorderen Wurzeln auf Reize nicht mehr an-richt, mögen diese vom motorischen Nerv oder vom Sarkoplasma ısgehen. Es gibt eine größere Anzahl von Tatsachen, die mit der *Frank*-hen Auffassung unvereinbar sind. Hier sei nur erinnert an die doppel-itigen (gekreuzten) Reflexe, an die sog. echten Knochenreflexe, an :n Fall von *Immermann* (Poliomyelitis anterior im ersten Stadium it fehlenden Patellarreflexen) und an die gar nicht so seltenen Aus-ahmen von der *Bastian*schen Regel (Fall von *Kausch*; der Guillotinierte on *Barbe*). Ein weiterer Einwand ergibt sich aus einem Vergleich der herapeutischen Wirkung des Atropins mit der des Skopolamins bei er Paralysis agitans und verwandten Zuständen. Nur das Skopolamin eseitigt die Rigidität mit der Sicherheit des Experiments, das Atropin, as gleichfalls parasympathisch lähmend wirkt, versagt gänzlich. Der .ngriffspunkt des Skopolamins ist also nicht in den hypothetischen arasympathischen Tonusfasern zu suchen, sondern in der Hirnrinde. ıuch die Latenzzeit spricht nach den neuesten Untersuchungen von '. *Hoffmann* und *Schäffer* nicht gegen, sondern für die Reflexnatur. Wich-iger noch erscheint, daß nach experimenteller Unterbrechung des zweiten ıotorischen Neurons (isolierte Durchschneidung der vorderen Wurzeln; {uraresierung) die Sehnenreflexe sofort prompt verschwinden. Schließ-lich ist es sehr fraglich, ob es angängig ist, Fibrillen- und Sarkoplasma-ıktion zu trennen. Funktioniert der Muskel nicht immer als einheit-liches Ganzes, ja, ist das Sarkoplasma überhaupt in ausreichender Menge 'orhanden, um solche Wirkungen hervorzubringen, wie sie ihm neuer-lings zugeschrieben werden? (Erscheint ausführlich in der D. Zeitschr. . Nervenheilkunde.)

Oeckinghaus-Greifswald: Die Jugendvorgeschichte der Schizo-)hrenen.

Bei der Erforschung vorliegender Frage ergeben sich einige Schwie-rigkeiten, die in der Unsicherheit der Diagnostik der Dementia praecox, in der Tatsache, daß nur Angaben von Angehörigen aus lange Jahre zu-rückliegender Zeit verwendbar sind, in der Gefahr der Suggestivfragen bei der Aufnahme der Anamnese und in der Schwierigkeit der Eingrup-pierung der einzelnen Charakterbilder und Intelligenzstufen begründet liegen. Der Versuch, die sich dadurch ergebende Unsicherheit möglichst einzuschränken, verminderte das verwendbare Material der Fälle hiesiger Klinik aus den letzten 10 Jahren auf etwa 120. Gegenübergestellt wurden Fälle sicherer Dementia praecox solchen, die hier und anderswo infolge ihrer Zustandsbilder lange für Dementia praecox gehalten wurden, deren



Verlauf aber bewies, daß sie unter andere Diagnosen einzureihen sind. (De
generative Psychosen, atypische symptomatische und manisch-depressiv
Psychosen, defektlos geheilte Dementia praecox und ähnliche.) Ver
wendet wurde die Einteilung ***Kraepelins*** aus der 8. Auflage seines Leh
buches S. 922. Den 4 Charaktergruppen ***Kraepelin*s** wurde als 5. di
unauffälliger Kinder hinzugefügt. Als Intelligenzstufen mögen gelten
a) überdurchschnittlich, b) unterdurchschnittlich und c) normal be
gabte Kinder. Die gefundenen Werte sind für Dementia praecox: 1 =
43,9 %, 2 = 17,5 %, 3 = 1,8 %, 4 = 7,0 % und 5 = 28,8 %; a) 6,8 %
b) 40,7 % und c) 52,0 %, Zahlen, die sich im wesentlichen mit dene
früherer Untersucher decken. Demgegenüber ergaben sich für die Fehl
diagnosen folgende Werte: 1 = 23,4 %, 2 = 23,4 %, 3 und 4 = 0 %
5 = 53,2 %, a) 12,2 %, b) 29,2 %, c) 58,5 %. Zusammenfassend kan
also gesagt werden, daß die an Dementia praecox Erkrankenden zu fa
¾ der Fälle von Jugend auf abnorme Charaktere, zumeist der autistisch
Gruppe (1) angehörend, und zu 40 % unterdurchschnittlich begabt sin
Der Vergleich der gefundenen Werte bei Dementia praecox mit dene
bei den Fehldiagnosen zeigt eine so wesentliche Verschiebung zugunste
der letzteren, daß wohl geschlossen werden darf, daß diese Veränderunge
nicht mit den Zustandsbildern, sondern mit dem eigentlichen Krank
heitsprozeß der Dementia praecox in Verbindung zu bringen ist. (Ein
genauere Darstellung der Ergebnisse und ihre Gegenüberstellung mi
den Jugendvorgeschichten bei Epilepsie, manisch-depressivem Irresei
und bei Normalen soll demnächst an anderer Stelle erfolgen.)

Aussprache. — *Schuppius*-Stolp weist darauf hin, daß die a
sich sehr interessanten Ausführungen des Vortr. insofern einer Ergänzun
bedürften, als eine Statistik darüber geführt werden müßte, welche
Volksstämmen die Untersuchten entstammten, da bei nicht einheitliche
Zusammensetzung des Materials der relative Wert des einzelnen vo
ausschlaggebender Bedeutung sei, nicht der absolute, so daß immer wiede
Gelegenheit zu Fehlschlüssen gegeben werde.

Vorkastner betont gegenüber H. *Schuppius*, daß es sich nicht um
die Frage dreht, ob Menschen mit den betreffenden Wesenszügen unte
allen Umständen an Dem. pr. erkranken, sondern darum, ob Dem. pr
Kranke mit größerer Häufigkeit bestimmte Veranlagungen aufweisen
Den Stammeseigentümlichkeiten möchte er keineswegs so weitgehend
Bedeutung beimessen. Auch bei seinen entsprechenden Untersuchunge
war die Gruppe der „Stillen, Scheuen, Verschlossenen" am zahlreichste
vertreten. Gerade die Häufigkeit dieser Gruppe wirkte sehr überzeugend
Das von ihm bearbeitete Material war nur klein, hat aber besonder
Bedeutung dadurch, daß die Angaben noch nicht unter dem Einfluß de
Kenntnis der bereits aufgestellten Gruppen seitens des Untersuchers
stehen konnten, sondern spontanen Äußerungen der Angehörigen ent-
stammten. Für derartige Untersuchungen empfiehlt es sich, sich an die
Regeln zu halten, die der Psychologie der Zeugenaussagen zu entnehmen
sind. Freier Bericht besser als Fragen. Statt der Fragen lieber die Me-
thode der Wahlkonfrontation (Einstreuen der fraglichen Wesenszüge
unter eine große Anzahl anderer und das etwa Zutreffende heraussuchen
lassen).



Schröder-Greifswald erinnert an die Notwendigkeit, die Ergebnisse s Vortr. mit den Jugendanamnesen Gesundbleibender zu vergleichen, ıd führt an, daß die hohe Zahl von 23,4 % der Reizbaren in der Gruppe r Fehldiagnosen möglicherweise darauf zurückzuführen sei, daß sich ter ihnen in größerer Zahl Kranke befinden, die unter das degenerative w. manisch-depressive Irresein gehören.

Horstmann-Stralsund: Zur Methode des Psychologisierens der Psychiatrie.

Vortr. bringt persönliche Eindrücke, die er nach jahrzehnte- ıgem Einblick in die psychiatrische Literatur gewonnen hat. Er glaubt, ß die Zahl der wissenschaftlich interessierten Psychiater, aber auch r Nicht-Psychiater, die sich von psychiatrischen Abhandlungen mit undwissenschaftlicher Einstellung besonders angezogen fühlen, größer , als man für gewöhnlich annimmt. Genuß und praktischer Nutzen r Lektüre von psychiatrischen Abhandlungen psychologischen Inhaltes rden aber dem Leser häufig verkürzt. Dieses einmal dadurch, weil ı Teil der Autoren ungenügend vorbereitet sich an die Behandlung s ihnen fernerliegenden Stoffes heranmacht, sich dabei manchmal in erflächlichkeiten ergeht und so den ohnehin nicht übergroßen Kredit s Irrenarztes bei den Vertretern anderer Disziplinen schmälert. In deren Fällen werden Genuß und praktischer Nutzen dem Leser dadurch rkümmert, daß auch die gründlichen, kritischen und psychologisch t durchgebildeten Autoren unter den Psychiatern in ihren Auseinander- tzungen mit fremden Zungen aufeinander einreden, um sich am Schlusse rüber klar zu werden, daß eine Verständigung von vornherein aus- schlossen war, solange man sich der verwirrenden Zwiesprachigkeit diente. Vortr. wendet zur Erläuterung dieses Mißstandes den Mei- ngskampf *Bleuler-Bumke* als Instruktionsmaterial an und legt zum hlusse Autoren und Lesern acht Leitsätze, die auf eine nutzbringende andhabung des Psychologisierens in der Psychiatrie abzielen, zur ge- igten Prüfung auf ihre Zweckmäßigkeit und Durchführbarkeit vor.

Aussprache. — *Vorkastner* ist gleich dem Vortr. der Ansicht, ß bei der Debatte über das „Unterbewußte" stark aneinander vor- igeredet wurde. Man muß sich zunächst über die Begriffe klar sein;) nicht genügend begriffliche Ausdrücke vorhanden sind, müssen solche bildet und konsequent verwandt werden. Wer mit *Theodor Ziehen* finiert: psychisch ist gleich bewußt, muß konsequenterweise unter- wußte psychische Vorgänge ablehnen. Nicht abzulehnen braucht er er materielle Vorgänge im Sinne psychischer Vorgänge. Hierfür wird r Ausdruck „präpsychisch" vorgeschlagen. Sodann gibt es „dunkel- wußte" oder „halb-bewußte" Vorgänge, die man subpsychisch nennen ınn. Man weiß nicht recht, um was die Herren sich streiten. An dem ɔrkommen präpsychischer und subpsychischer Vorgänge kann doch ɔhl nicht gezweifelt werden. Hier gibt es nur 2 Möglichkeiten: ent- eder man redet aneinander vorbei, oder man debattiert über eine phi- sophische Frage, die den Psychologen oder Psychiater als solchen nichts ngeht, ob nämlich in dem Materiellen an sich eine psychische Kom- ɔnente steckt.



Horstmann (Schlußwort): *Vorkastners* Bemerkung bezüglich de Stellungnahme *Ziehens* zur Frage vom unbewußten psychischen Ge schehen ist instruktiv. *Ziehen* muß sich ablehnend zur Frage von de Existenz unbewußter psychischer Vorgänge verhalten. Das ergibt sic von selber mit zwingender Notwendigkeit aus *Ziehens* im allgemeine eingenommenem philosophischen Standpunkt. Aber gerade der Hin weis *Vorkastners* auf *Ziehens* Stellungsnahme stützt die vom Vortr. ve tretene Meinung, daß oft Autoren in ihren Auseinandersetzungen nich den materiellen Inhalt der Streitfrage treffen, sondern — ohne daß e ihnen manchmal zur Erkenntnis kommt — Definitionen diskutieren

Krisch-Greifswald: Die Einteilung der Epilepsieen.

In der Epilepsiefrage müsse unter differenzialdiagnostischen Ge sichtspunkten die motorische Reizkomponente als eindeutigstes Sympto angesehen werden. Es sei eine im Bau des normalen Gehirns vorbereitet Reaktionsweise. Der Ausdruck epileptisch sei aus historischen Gründe beizubehalten. Auch werde so eine Verwechselung mit den hysterische Krampfzuständen am besten vermieden. — Für die Krampfkrankheite sei eine Einteilung zu empfehlen, die die endogenen und exogenen Fak toren berücksichtige: 1. Idioplasmatische Epilepsie, d. h. die endogene Faktoren überwiegen wesentlich; sie ist der Kern der negativ definierte genuinen Epilepsie. a) Zerebrale Reizschwelle erblich bedingt erniedrig b) Erblich bedingte Funktionsstörung in einem für das Gehirn korrelativ Organsystem. 2. Exogene Epilepsie („variotypische"), nach der ve schiedenen Ätiologie zu gruppieren (Tumoren, Toxine, Narben, Druc usw.). 3. Mischung endogener und exogener Faktoren, z. B. Trauma epileptische Anlage oder traumatische Epilepsie + manisch-depressi Anlage. 4. Sichkreuzen zweier endogener, sonst autonomer Reihe a) Idioplasmatische Epilepsie auf dem Boden einer degenerativen A lage (nicht häufig), b) Idioplasmatische Epilepsie auf dem Boden ein manisch-depressiven Anlage (sehr selten). — Eine besondere Affek epilepsie anzunehmen erübrige sich; es sei nicht gelungen nachzuweise daß es Fälle gebe, bei denen stets nur ein psychischer Reiz den Kramp anfall auslöse. Es sei zuzugeben, daß bei manchen Kranken zu gewisse Zeiten ein latenter zerebraler Reizzustand psychogen über die Gefäß wirkung hinweg offenkundig werden könne. Noch nicht abgeschlosse sei die Frage nach der eventuellen Selbständigkeit des pyknoleptische Symptomkomplexes („geh. kl. Anfälle" *Friedmann*). Von der Epileps abzusondern sei die Narkolepsie. Dasselbe gelte von den vasomotorische Anfällen, z. B. den reaktiven Ohnmachten. Auch die Migräne sei etw Selbständiges. Die psychische Epilepsie sei bis auf weiteres nicht anz erkennen. Die psychologische Beweisführung versage. Der Epileptik sei außerhalb der Verstimmungen nicht reizbar. Möglicherweise könn die Erblichkeitsforschung hier weiterhelfen. Einfach zu deuten seie nach den heutigen Auffassungen die hysterischen Züge bei Epileptike (früher Hystero-Epilepsie). — Es sei zu betonen, daß der Anfall zwa das charakteristischste Symptom sei, daß aber die psychotischen E scheinungen für unter anderen Gesichtspunkten (z. B. ätiologische angestellte Untersuchungen als gleichwertig angesehen werden müsse

Iinzuweisen sei auch auf die manischen, depressiven und gereizten Vertimmungen, die man besonders beachten müsse, wenn man charakteroɔgische Untersuchungen bei den Epilepsieen vornehme. Der Charakter ɜi von der Demenz zu unterscheiden.

Aussprache. — *Horstmann*-Stralsund: In früheren Jahren war ıan einmal der Meinung, daß die Migräne eine mitigierte Form der Epiɘpsie darstelle. Diese Meinung hat sich später als klinisch unhaltbar rwiesen. *Horstmann* erwähnt einen von ihm beobachteten, nach dieser lichtung immerhin bemerkenswerten Fall. Es handelte sich um eine 'rau mit typisch-epileptischen Krampfanfällen, die jeweils nur z. Zt. er Menses auftraten. Nach der Menopause traten in vierwöchentlichen bständen typisch migränöse Anfälle mit abschließender Diarrhoe auf, ährend alle epileptischen Erscheinungen zum Schwinden gekommen aren. — *Horstmann* gibt dann noch weiter Auskunft über den Fall R., ı welchem bei einer Degenerativen die Erregungszustände zuweilen pileptisches Gepräge trugen.

P. Schröder-Greifswald: Über katatone Symptome.

Kahlbaums Monographie über die Katatonie (1874) enthält bereits ie Grundlagen für die zwei Lehren, die daraus durch Weiterentwicklung ntstanden sind: die der Motilitätspsychosen von Wernicke und die er Dementia praecox von *Kraepelin*. *Wernickes* Motilitätspsychosen ind keineswegs identisch mit den Katatonien im Sinne *Kraepelins*. Der Kern des Materials von *W.* sind nicht Dementia praecox-Fälle, obwohl r sehr gut „Motilitätspsychosen auf hebephrener Grundlage" kennt. ielbst ein Teil der von *Kahlbaum* mitgeteilten Fälle gehört nicht zur eutigen Dementia praecox.

Kahlbaum deutet von den Spannungs- und „Krampf" erscheinungen einer Katatonien einen Teil als psychisch bedingt, als „Erscheinungen estörter Willensbetätigung" (z. B. die Neigung zur Negation), den anden als Ausdruck krankhafter Innervation der motorischen Nerven, als erebrospinale Störungen (z. B. die Flexibilitas cerea).

Wernicke hat von *Kahlbaum* namentlich die Gedankengänge über lie organische Bedingtheit der Störungen aufgenommen und weitereführt. Seine Motilitätssymptome erfolgen unabhängig von Überlegung nd Wille; die Kranken sind unfähig, ihren Willen in Bewegungen und prachliche Äußerungen umzusetzen, ihr Persönlichkeitsbewußtsein ist on der Bewegungsmaschine des Körpers gewissermaßen losgelöst, so aß sie den Bewegungsvorgängen als Zuschauer gegenüberstehen; ihre hythmischen Bewegungen beruhen auf einem lokalen krankhaften Reiz n Gehirn.

Kleist hat diese Gedanken weitergeführt und entwickelt. Er stellt lie psychomotorischen Störungen in nahe Beziehungen zu den Bewegungstörungen infolge organischer Erkrankungen des Kleinhirns und Stirnıirns bzw. der sie verbindenden Bahnen; sie können sich in schweren 'ällen steigern zu Erscheinungen, die sich vollkommen decken mit denen ɩei Herden in den Kleinhirn-Stirnhirnbahnen (Chorea, Zwangsbewegunꞌen u. a.). *K.* denkt sich die hyperkinetischen Störungen in ganz ähnicher Weise zustandekommend wie die choreatischen bei Bindearm-



verletzungen. Als den Sitz der Motilitätssymptome sieht er die Stirnhirnrinde und vielleicht auch die Rinde des Scheitellappens an. Unsere neuen Kenntnisse von den „extrapyramidalen" motorischen Störungen bei der *Wilson*schen Krankheit, der Encephalitis lethargica u. v. a. lassen sich mit dieser Lehre leicht in Zusammenhang bringen; das Corpus striatum liegt im Bereich der Kleinhirn-Stirnhirnbahnen. Die katatoniformen Zeichen dieser Krankheiten sind nicht „kataton", haben aber enge Beziehungen zu ihnen.

Kraepelin hat im Gegensatz zu diesen anatomisch-lokalisatorischen Auffassungen die Gedankengänge *Kahlbaum*s von der gestörten Willensbetätigung der Katatoniker aufgenommen und weiter entwickelt. In seiner Dementia praecox bekamen als pathognostische Zeichen die hebephrenen Symptome das Übergewicht über die katatonen und letztere sanken zu weniger wesentlichen (akzessorischen, *Bleuler*) herab. Nach *Kraepelin* lassen sich letzten Endes die motorischen Symptome immer auf Willensstörungen der Kranken, auf Entgleisungen ihres Willens usw. zurückführen.

Diese weitgehenden Differenzen sind zu einem großen Teil dadurch erklärbar, daß *Wernicke* und *Kraepelin* ein wesentlich verschiedenes Beobachtungsmaterial in den Mittelpunkt ihrer Erörterungen rücken und zum Ausgangspunkt ihrer Verallgemeinerungen machen; aber auch der Gesichtswinkel der Betrachtung ist bei ihnen ein ganz verschiedener. Beide Lehren werden nur in einigen extremen Zuspitzungen gegensätzlich, zum großen Teil laufen sie nebeneinander her, solange man wenigstens den Irrtum vermeidet, *Wernicke*s Motilitätspsychosen ohne weiteres mit einem Ausschnitt aus *Kraepelin*s Dementia praecox zu identifizieren.

Wir werden versuchen müssen, zunächst ganz grob zwei Gruppen der „Katatonien" auseinander zu halten: die mit deutlich schizophrenen Symptomen, bei denen die katatonen Zeichen einigermaßen parallel den schizophrenen gehen, und zweitens vorwiegend akute frische Erkrankungen ohne schizophrene Störungen und ohne nachfolgende schizophrene Verblödung. Die ersteren sind der Hauptgegenstand der Schilderung von *Kraepelin*, sie bilden das Gros der verblödenden Anstaltsinsassen; die anderen sind u. a. der Ausgangspunkt der Darstellung und klinischen Auffassung für die Motilitätspsychosen von *Wernicke-Kleist*: sie sind wegen ihrer guten Prognose verhältnismäßig selten in den großen Anstalten ohne viel frisches Krankenmaterial; mit ihnen ist durch Analogieschluß und unter Überschätzung der pathognomonischen Bedeutung der „katatonen" Zeichen, beginnend mit *Kahlbaum* selber, die Katatonie (Dementia praecox) fälschlich belastet worden. Grob katatoniforme Zustandsbilder (auch über die einfach psychomotorischen Symptome hinaus) sind bei Hysterischen, Degenerierten, Manisch-Depressiven sehr viel häufiger als vielfach angenommen wird. Vortr. referiert über solche Fälle aus seinen Veröffentlichungen der letzten Jahre und aus der Literatur (*Wilmanns*, *Kleist*, *Bonhoeffer*). „Kataton" ist im Laufe der Entwickelung seit *Kahlbaum* ein unpräzises, vielfach Mißverständnisse verursachendes Wort geworden, das der genaueren Umschreibung oder aber der Aufteilung bedarf.



Aussprache. — *Horstmann*-Stralsund: Aus den von der Greifs-
valder Klinik in die Anstalt Stralsund übergeführten Kranken werden
iele als manisch-depressive bezeichnet, denen in Stralsund nach längerer
leobachtung die Diagnose der Schizophrenie beigelegt wird. Dies be-
uht einmal auf der weit ausgedehnteren Beobachtungszeit in der An-
talt gegenüber derjenigen in der Klinik, wo die Terminalzustände ver-
ältnismäßig seltener gesehen werden; des weiteren aber auch auf einer
erschiedenen klinischen Anschauungsweise. *Horstmann* stellt sich dabei
m allgemeinen auf den Standpunkt *Bleuler*s und kann sich den in Greifs-
rald vertretenen Anschauungen nicht ohne weiteres anschließen, gibt
ber zu, daß eine Auseinandersetzung am Krankenbette mit der Kran-
:engeschichte in der Hand zu Zugeständnissen gegenüber *Schröder* führen
rürde. Er ladet die Greifswalder Kollegen zu einer solchen Auseinander-
etzung nach Stralsund ein.

Schröder (Schlußwort): Fehldiagnosen nach der Richtung des
ıanisch-depressiven und des degenerativen Irreseins kommen selbstver-
:ändlich auch vor. I. A. werden diese Fälle nicht häufig in die Prov.-Anst.
berführt, weil sie ausheilen. Von den in den letzten 10 Jahren von
reifswald nach Stralsund verlegten „Manisch-Depressiven" sind m. W.
ur 3 oder 4 strittig als Schizophrene. Auch bei sog. alten Fällen ist die
Interscheidung von Degenerationspsychosen mit sehr protrahiertem Ver-
uf gegenüber Dem. pr. mitunter nicht leicht. Wesentlich erschien dem
'ortr. zunächst, daß nach seinen Erfahrungen bei frischem Kranken-
ıaterial auf Grund „katatoner" Symptome viel zu oft die Diagnose Dem.
r. gestellt wird.

Vorkastner-Greifswald: Hysterische Sensibilitätsstörungen.
Vortr. bespricht die bisherigen Anschauungen über das Wesen
er hysterischen Sensibilitätsstörungen. Alle Theorien genügen nicht.
Es gibt Fälle, die auf eine andersartige Genese hindeuten, die näher be-
ıandelt wird. Im übrigen stellen die hysterischen Sensibilitätsstörungen
enetisch nichts Einheitliches dar (der Vortrag wird an anderer Stelle
ıusführlich veröffentlicht). *Niesel*-Stettin.

4. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Nieder-achsens und Westfalens am 6. Mai 1922 in Hannover.

Anwesend waren: *Alber*-Woltorf, *Baacke*-Gütersloh, *Bartsch*-Hanno-
er, *Benning*-Rockwinkel, *Benno*-Goslar, *Brandt*-Hannover, *Bremer*-Göttin-
en, *Dammann*-Marsberg, *Dietrich*-Göttingen, *Donnerberg*-Osnabrück,
Iraecke-Aplerbeck, *Edzard*-Bremen, *Eichelberg*-Hedemünden, *Fröhlich*-
Langenhagen, *Gellhorn*-Goslar, *Gerstenberg*-Wunstorf, *Grimme*-Hildesheim,
Grütter-Langenhagen, Landesrat *Heintze*-Hannover, *Hellwig*-Lüneburg,
Iermel-Rinteln, *Hinsen*-Münster, *Holzer*-Warstein, *Jänecke*-Osnabrück,
Ketz-Bremerhaven, *Kleffner*-Warstein, *Kracke*-Lüneburg, *Lembke*-Hildes-
ıeim, *Loewenthal*-Braunschweig, Landesbaurat *Magunna*-Hannover,



Maschmeyer-Göttingen, *Mönkemöller*-Hildesheim, *Peltzer*-Bremen, *Pförtner*-Lüneburg, *Quaet-Faslem*-Rasemühle, *Else Rapmund*, *Rapmund*-Göttingen *Rehm*-Bremen, *Rizor*-Langenhagen, *Rohrbach*-Wilhelmshöhe, *Sernau*-Ilten, *Snell*-Lüneburg, *Schlesinger*-Hannover, *Schnitteer*-Eickelborn, *Schütte*-Langenhagen, *Schultze*-Göttingen, *Stamm*-Köthenwald, *Stapel*, *Stern*, *Thomas*-Göttingen, *Westrum*-Lengerich, *Wichura*-Oeynhausen, *Willige*-Ilten, *Wrede*-Braunschweig.

Vorsitzender: *Snell*-Lüneburg, Schriftführer: *Pförtner*-Lüneburg. Dem Kassenführer wurde Entlastung erteilt.

F. Stern-Göttingen: Ungewöhnliche Krankheitsbilder bei epidemischer Enzephalitis.

1. Makrogenitosomia praecox bei 13jährigem Knaben. (Ausf. Veröffentlichung an anderer Stelle.)

2. Atemstörungen bei chronischer Enzephalitis.

Um die in der letzten Zeit vielfach beobachteten eigenartigen Störungen der Atmung bei Enzephalitis zu verdeutlichen, wird eine Pat. eingehend demonstriert. L. B., 24 J. alt, ursprünglich gesund, Mitte Februar 20 erkrankt an Hirnerscheinungen und ungefähr 1 Monat dauerndem Fieber, Benommenheit und motorischer Unruhe. Bald danach wurden vom Arzt Atemstörungen ohne Lungen- und Herzveränderungen festgestellt. Febr. 21 fand ein Partus statt. Das Kind starb nach 14 Tagen angeblich unter Hirnerscheinungen. Allmähliche Verschlechterung des Gesamtzustandes setzte dann ein. Am 13. 2. 22 in der Göttinger Nervenklinik aufgenommen. Der objektive Befund ergibt eine typische hochgradige Amyostase, Verlust der mimischen Bewegungen, völliges Fehlen der Spontaneität, mäßige Rigidität der Muskulatur; psychisch erhebliche Stumpfheit. Ferner Speichelfluß, leichte Doppelbilder und Konvergenzparese der Augäpfel, außerdem leichte Abmagerung. Das Hauptinteresse erweckt die eigenartige Polypnoe, die sich in dauernden ca. 50 rhythmischen Atemzügen in der Minute bei offenem Munde äußert. — Trotz Freiseins der Nase besteht etwas Nasenflügelatmung. Das Gefühl der Atemnot ist höchstens ganz gering. Inspiration etwas angestrengt. Im übrigen sind die Atemzüge oberflächlich, führen jedoch zu einer deutlichen Verschiebung der Bauchwand. Dabei keine Zyanose, keine Stauungserscheinungen, Herz, Gefäßsystem und Lungen völlig intakt. Blutdruck nicht auffallend erniedrigt. Besonders bemerkenswert sind mit der Atmung zeitlich völlig übereinstimmende kurze klonische Zuckungen in den Fingern der linken Hand, welche in einer dem Atemrhythmus entsprechenden Flexion des 3.—5., sowie einer Flexion und Adduktion des Daumens bestehen. Durch leichte Stauung am Arm werden diese Zuckungen vermehrt, durch völlige Unterdrückung des Pulses nicht aufgehoben. Auch im Schlaf, der im übrigen keine Störungen aufweist, verschwinden weder die Atemstörungen noch die klonischen Fingerzuckungen. Gleichzeitig besteht eine Steigerung des linken Radius-Periostreflexes, mit Beugung der Finger bei Beklopfen des processus styloideus, sonst jedoch keine Pyramidenreflexe, auch nicht die jüngst von *Riddoch* und *Buzzard* beschriebenen. — Die Atemstörungen, welche denen von *Happ* und *Mason* bei akuter Enzephalitis beschriebenen ähneln, stellen hier den einfachsten



und häufigsten Typus der enzephalitischen Polypnoe dar. Daneben sind auch von Vortr. in ähnlicher Weise wie von *Krambach* und *Hänel* viel eigenartigere groteske Atemstörungen beobachtet worden in Form intermittierender dyspnoisch-dysmimischer Anfälle, bei denen man den Eindruck einer psychogenen, wenn auch nicht hysterischen Aufpfropfung gewinnt. In der Mehrzahl der Fälle mit Atemstörungen spielen aber psychische Vorgänge irgendwelcher Art überhaupt nicht mit, wie aus der eigenartigen Häufigkeit derartiger Störungen bei chronischer Enzephalitis und dem gewöhnlich völligen Fehlen irgendwelcher psychopathischen Charaktereigenschaften zur Genüge hervorgeht.

Vortr. erinnert daran, daß der chronisch automatische Atemmechanismus von der Gasspannung des Blutes insofern abhängig ist, als das in der Medulla oblongata gelegene Atemzentrum im wesentlichen dann erregt wird, wenn die CO_2-Spannung des Blutes eine gewisse Höhe erreicht hat. Demzufolge finden wir bekanntlich die Erscheinungen der Polypnoe und Dyspnoe am häufigsten bei den verschiedenartigen Störungen der Kreislauforgane und Lungen, bei denen der normale Gasaustausch aus irgendwelchen Gründen gelitten hat. Derartige Störungen kommen bei den enzephalitischen Atemstörungen nicht in Betracht. Man wird weiterhin daran zu denken haben, daß auch bei einer verminderten Alkaleszenz des Blutes Atemstörungen beobachtet werden, die uns am besten aus der großen und tiefen *Kußmaul*schen Atmung beim diabetischen Coma bekannt sind. Dementsprechend haben auch *Happ* und *Mason* geglaubt, die Polypnoe wenigstens in vielen Fällen durch einen verminderten Bikarbonatgehalt des Blutplasmas erklären zu können. Und wenn auch die Atemstörungen bei diabetischer Azidosis gewöhnlich anders als in unseren Fällen sind, so wäre doch noch zu erwähnen, daß es andere Formen der Säurevergiftung gibt, wie z. B. Salizylsäurevergiftung, bei welchen die Atemstörungen symptomatisch mit den enzephalitischen Ähnlichkeit haben können. Die Befunde des eigenen Materials haben aber keine Anhaltspunkte für Azidose festgestellt. So konnte z. B. in dem vorgestellten Falle Priv.-Doz. Dr. *Meyer-Bisch* von der med. Klinik in Göttingen Veränderungen feststellen, die eher auf eine leichte Störung im antagonischen Sinne, eine sog. Alkalose hindeuten könnten. Nur das eine hat unsere Atemstörung mit der Azidosis gemeinsam, daß man es hier mit einer Übererregbarkeit des medullären Atemzentrums zu tun hat, also mit einem entgegengesetzten Phänomen wie dem *Cheyne-Stokes*schen bei direkten Läsionen des Atemzentrums, bei denen wir eine Untererregbarkeit des Atemzentrums anzunehmen haben. — Man wird freilich die Möglichkeit erwägen müssen, daß diese Atemstörungen bei amyostatischen Kranken vorwiegend vorkommen, so daß die Frage erlaubt ist, ob das Phänomen nicht einfach durch eine Art amyostatischer Starre aller an der Atmung beteiligter Muskeln, des Zwerchfells, der interkostalen Muskeln usw., erklärt werden kann. Aber so einfach liegt die Entstehung des Phänomens doch nicht. Gewiß kommt auch in manchen Fällen eine Rigidität der Atemmuskulatur vor, aber in anderen Fällen, z. B. dem vorgestellten, ist diese Rigidität jedenfalls gering. Der Brustkorb ist bei tiefer Einatmung in Brustwarzenhöhe noch leicht um 4 cm ausdehnungsfähig. Das Zwerchfell verschiebt sich gut, wie auf dem Röntgenschirm

sichtbar ist. Außerdem aber können wir ähnliche Erscheinungen ja auch schon mitunter in akuteren Stadien der Enzephalitis sehen, bei denen noch gar keine Amyostase vorliegt. Das beobachtete Vortr. erst kürzlich in ausgesprochenem Maße bei einer an typischer Lethargica leidenden Patientin in der Form der stark beschleunigten, wenig angestrengten oberflächlichen Atmung ohne objektives Atemnotsgefühl; Polypnoe auch im Schlaf nicht verschwindend. — Wir können weiterhin auch eine reflektorische Übererregbarkeit durch einen Reizvorgang im Vagus ausschalten, da alle vagotonischen Symptome fehlen. *Eckstein* und *Rominger* haben neuerdings bei tuberkulöser Meningitis große beschleunigte, unregelmäßige Atmung beschrieben, die sie auf eine Wirkung von Endotoxinen auf das Atemzentrum zurückführen. Wir haben keine Anhaltspunkte für die Annahme einer ähnlichen Entstehung der Atemstörungen in unserem Falle, die übrigens auch symptomatisch verschieden sind.

Aller Wahrscheinlichkeit nach sind die enzephalitischen Atemstörungen wenigstens in den einfachen Formen, wie sie der vorgestellte Fall zeigt, im wesentlichen durch eine suprabulbäre Enthemmung des Atemzentrums hervorgerufen, wenn wir als Nukleus den ganzen verzweigten Respirationsapparat im verlängerten Mark bezeichnen wollen. Tierexperimente ergeben allerdings, daß nach suprabulbären Hirndurchschneidungen allein die Atmung gewöhnlich nicht sehr leidet und bei gleichzeitiger Durchschneidung des Hirnstammes und der beiden nn. vagi Atemstörungen mit starker Verlangsamung der Atmung und forzierter Expiration auftreten, die in kurzer Zeit zum Exitus führen und mit unserm Falle natürlich nicht identifiziert werden können. Aber diese immerhin noch spärlichen Tierexperimente können nicht ohne weiteres auf die Klinik übertragen werden. Wir wissen ja garnicht, ob bei den Hirnstammdurchschneidungen nicht gleichzeitig hemmende und erregende, auf das Atemzentrum einwirkende Bahnen durchschnitten werden, die bei Krankheiten in spezifisch ganz verschiedener Weise leiden können, wie ja auch z. B. bei der Enzephalitis die Pyramidenbahn fast immer wenigstens im groben intakt bleibt und die extrapyramidalen Bahnen aus dem Linsenkerngebiet um so häufiger leiden. Außerdem hat auch *Lewandowsky* bereits angegeben, daß im hinteren Vierhügelgebiet eine Stelle sich befindet, nach deren Durchschneidung eine Enthemmung des bulbären Atemmechanismus zustande kommt. Wir haben keine Bedenken, derartige Hemmungsmechanismen anzunehmen, die in ähnlicher Weise wirken wie die Hemmungsmechanismen anderer spinobulbärer Reflexapparate, denn auch das Atemzentrum dürfen wir uns unter dem Bild eines Reflexapparates vorstellen, bei dem allerdings die physiologischen Hauptreize nicht auf dem Nerven-, sondern auf dem Blutwege zuströmen. Ohne einen anatomischen Befund werden wir uns freilich nicht mit Sicherheit für die Lokalisation der zentralen Atemhemmungsmechanismen und ihrer Bahn aussprechen. Wir können nur sagen, daß diese Mechanismen mit Rücksicht auf die seltene Schädigung der Pyramidenbahn bei Enzephalitis wahrscheinlich nicht in der Hirnrinde liegen, wenn auch experimentell von *C.* und *O. Vogt* ein atemhemmender Fokus in der motor. Rinde festgestellt wurde; andererseits wird man bei der häufigen Kombination von Atemstörungen und amyostatischen Symptomen die Möglichkeit



nicht ausschalten können, daß im Striatum auch selbst respirationshemmende Apparate liegen. Daß nur ein Teil der Striatum-Erkrankungen zu solchen Störungen führt, braucht uns jedenfalls nicht zu verwundern, da wir wissen, daß bei Affektionen der striären Mechanismen die verschiedenartigsten Störungen auftreten können, namentlich dann, wenn es sich um elektive Feinläsionen handelt. Vielleicht werden neuere experimentelle Versuche hier Klarheit schaffen. Eigenartig ist die anscheinend noch nicht beobachtete Kombination von Atemstörungen mit psychogenen Zuckungen im linken Arm. Es handelt sich hier um eine sog. Mitbewegung und zwar — da wir unter den Mitbewegungen ganz verschiedenartige Störungen verstehen — um eine Form, welche den Synergien bei Pyramidenläsion durchaus symptomatisch ähnlich ist und sich nur dadurch von ihnen unterscheidet, daß nicht gelegentlich bei bestimmten Willkürbewegungen die Mitbewegung auftritt, sondern entsprechend der rhythmisch wiederholten Atembewegung auch diese Synergien rhythmisiert und kontinuierlich bemerkbar sind. Man hat den Eindruck, als ob hier durch eine Art Isolierungsstörung ein Kurzschluß eingetreten ist, der dazu führt, daß die für die Atemmuskulatur bestimmten Impulse gleichzeitig in Bahnen für Synergien der linken Hand einbrechen. Bei der Vereinzeltheit der Symptome und dem Fehlen anatomischer Kontrollen möchte sich Vortr. der Entscheidung über die Lokalisation der eigenartigen Hand-Atmungs-Synergie enthalten. Es könnte eine leichte, ungewöhnliche Pyramidenschädigung in der Nähe des Phrenikuskerns darum in Betracht gezogen werden, weil der Radiusperiost-Reflex etwas den Charakter wie bei Pyramidenläsionen hat, doch ist es noch fraglich, ob wir hier wirklich eine Pyramidenschädigung annehmen müssen; jedenfalls besagt dieses Phänomen in keiner Weise, daß die enzephalitischen Atemstörungen auch etwas mit Läsionen der Pyramidenbahn zu tun haben müssen. Die Hand-Atmungssynergie ist vielmehr ein ganz accidentelles Symptom, das bei den übrigen Patienten mit Polypnoe nicht beobachtet wurde und auch durch einen besondersartigen Krankheitsherd bedingt sein kann. Nur in einem Falle konnten Beziehungen zwischen Atmungsanomalien und Extremitätenstörungen beobachtet werden, die aber ganz andersartig zu bewerten sind.

Bei einer Kranken mit halbseitiger Athetose und dyspnoischen Anfällen verstärkte sich nämlich jedesmal in dyspnoischen Anfällen die Athetose stark. Ähnliche Erscheinungen von motorischen Automatismen bei affektiven Erregungen (Atemstörungen waren mit Angstgefühl verbunden) kommen aber auch bei andern striären Erkrankungen vor.

3. Doppelseitige spastische Athetose (genauere Veröffentlichung an anderer Stelle).

Loewenthal und *Wrede*-Braunschweig berichten über einen Fall von Rückenmarkstumor bei einer 50jährigen Dame. Seit 1½ Jahren Schmerzen im Rücken. Keine objektiven Symptome. Wegen Verdachts auf Neubildung Röntgenbestrahlung, die vorübergehend Besserung brachte. Mehrfache Röntgenuntersuchungen ergaben an der Wirbelsäule keinen Befund. Erst nach 1½ Jahren Kompressionserscheinungen; schließlich Auftreten von Sensibilitätsstörungen, die eine Segmentdiagnose



und damit die Operation ermöglichten. Die Segmentdiagnose wurde auf das Genaueste bestätigt durch die Lufteinblasung in den Lumbalsack: bei jeder Luftblase Schmerzempfindung in der rechten Bauchseite entsprechend der Versorgung durch die 10. Dorsalwurzel. Bei der Operation fand sich in Höhe der 9. Dorsalwurzel ein ziemlich großes Fibrosarkom, durch welches das Rückenmark stark zur Seite gedrängt und verschmälert erschien. — Nach der Entfernung rasche Besserung. $^{1}/_{4}$ Jahr später kann Patientin Treppen steigen und längere Strecken gehen.

Bremer-Göttingen: Erbbiologischer Beitrag zur Frage der spastischen Heredodegenerationen des Nervensystems.

Nach einer Einführung in das Gebiet der Erblichkeitsforschung unter besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von *Morgan*, *Baur*, *Fischer* und *Lenz* und *Siemens* wird über zwei Familien berichtet, die in der Göttinger Nervenklinik zur Beobachtung kamen. In der ersten Familie ist die spastische Spinalparalyse in „reiner" Form bereits in der 6. Generation aufgetreten. Die Nachkommentafel bietet fast ein Paradigma zu einem dominanten Erbgang. Parallel mit der Progression der Erbkrankheit auf die Filialgenerationen geht eine psychische Degeneration, die sich in einem Abstieg zu immer tieferen sozialen Stufen und einer ethischen Minderwertigkeit der Deszendenten äußert. Vortr. versucht diese Erscheinung durch den Begriff der Faktorenkoppelung (Morgan) zu erklären. — Die zweite Familie zeigt als Erbkrankheit eine Form der spastischen Heredodegeneration, die klinisch der amyotrophischen Lateralsklerose gleicht. In zwei Generationen ist die Krankheit bei 9 Mitgliedern festgestellt. Auch hier liegt dominanter Erbgang vor. — Vortr. hat 100 Stammbäume von Familien mit spastischer Heredodegeneration des Nervensystems zusammengestellt und erbbiologisch zu verwerten gesucht. 16 mal war dominanter Erbgang deutlich, 60 % der Fälle waren deutlich rezessiv. In dem Rest der Stammbäume mußte die Frage des Erbganges offengelassen werden. Eine Reihe von Stammbäumen zeigt anscheinend geschlechtsbegrenzte, z. T. gebundene Vererbung. (Ausf. Bericht erscheint im A. f. Ps. u. N.)

Holzer-Warstein: Über den Bau der Glia in der Großhirnrinde. Vortr. bespricht kurz die heute herrschenden Ansichten über den Bau der protoplasmatischen und fasrigen Glia; insbesondere geht er auf die Arbeiten von *Held* ein. Er macht dann Mitteilungen über eigene Erfahrungen an Präparaten, die in Alkoholformol vorbehandelt und mit Malloryschem Hämatoxylin nach einem besonderen Verfahren, das noch der Vervollständigung bedarf, hergestellt sind. Es handelt sich um Gefrierschnitte; auch an solchen konnte Vortr. die von *Held* beschriebenen Schichten am Großhirnrindensaum (Rinden-, Grenzschicht, Limitans superficialis) völlig dem Befunde *Helds* entsprechend darstellen. Sehr klar tritt das Retikulum im subkortikalen Mark und auch noch in den beiden unteren Rindenschichten hervor. Niederschläge entstehen leicht in der 2. bis 4. Schicht. Vortr. schließt sich durchaus der Ansicht *Helds* von einem kammerartigen Bau der Gliagrundsubstanz am Großhirnrindensaum an. Er weist auf das große Verdienst hin, das sich *Held* mit der Ent-



wicklung eines kammerartigen Baues des Gliaretikulums erworben hat. Bei Bestätigung eines solchen Baues für die gesamte Rindenbreite werden sich seiner Ansicht nach eine Reihe Erscheinungen, insbesondere auch solche, die den Verlauf der *Weigert*schen Fasern betreffen, in der Folge aufklären lassen. Das sichere Bestehen des kammerartigen Baues für die Tiefe der Rinde kann vorläufig Vortr. auch mit seiner Methode nicht nachweisen; der optische Eindruck spricht jedenfalls sehr dafür. Vortr. erläutert seine Ausführungen an der Hand einer Reihe von Diapositiven.

Willige-Ilten: Vorstellung eines Falles von Lues cerebri. 45 jähriger Mann. Infektion wahrscheinlich im Nov. oder Dez. 21. Im Jan. 22 Sekundärerscheinungen an Haut- und Schleimhäuten. Ende Jan. 22 rechtseitige Fazialisschwäche, bulbäre Sprache, Zwangslachen, Schluckstörungen, Parese des l. Armes und Beines. Behandlung zunächst mit Hg. Die Erscheinungen seitens des Nervensystems verschlimmerten sich. Mitte Febr. bestand starke spastische Lähmung des l. Armes und Beines (Patellar- und Fußklonus, Babinski, Oppenheim), lallende Sprache, Schluckstörungen, hochgradiges Zwangslachen, Zwangsweinen, rechtseitige Fazialisparese, psychische Störungen in Gestalt außerordentlicher Reizbarkeit, Menschenscheu, ablehnendes Verhalten gegen Frau und Kinder. Es wurde nun intravenös und endolumbal Salvarsan gegeben. Nach 4 endolumbalen Behandlungen (je 1 mg Salvarsannatrium in 88 ccm Liquor) sind jetzt alle Erscheinungen bis auf geringe Reste der Arm- und Beinparese und angedeutetes Zwangslachen bei Aufregung zurückgegangen, der vorher positive Liquorbefund ist normal, die psychischen Störungen sind verschwunden. — Der Fall zeigt neben der ungewöhnlich starken Beteiligung des Nervensystems in der Frühperiode der Lues — ohne Salvarsanbehandlung — die gute Wirkung der endolumbalen Behandlung bei derartigen Fällen.

In der Diskussion bemerkt *Stern*, daß nach seiner Meinung der Erfolg der endolumbal behandelten Lues cerebri gleich Null sei. Auch sei die Behandlung gefährlich. Vielleicht sei sie bei den frühluischen Fällen berechtigt. — *Willige* betont, daß bei frühluischen Kranken der Erfolg jedenfalls ein guter sei. Bei voller Beherrschung der Technik sei die Behandlung auch ohne Gefahr. — *Eichelberg* glaubt mit Jod und Quecksilber dasselbe wie durch endolumbale Behandlung zu erreichen.

Loewenthal-Braunschweig: Über die Heilbarkeit der Migräne.

Im allgemeinen läßt sich Migräne durch den Arzt nur bessern, nicht heilen. Bei der Kur im Radiumemanatorium beobachtet man aber, daß im überwiegenden Teil der Fälle weitgehende Besserung und bei einigen dauernde Anfallfreiheit eintritt. So hat *L.* von 37 Fällen bei 9 Verschwinden der Anfälle bis zu 2 Jahren, bei 16 Fällen Abnahme der Anfälle an Zahl und Schwere beobachtet. Vortr. versucht eine Erklärung, die davon ausgeht, daß Radiumemanation auf gichtische Prozesse heilend wirkt. Bei dem engen Zusammenhang zwischen Gicht und Migräne wäre daher die Beeinflussung verständlich. Andrerseits könnte man auch daran denken, daß die innere Sekretion (vielleicht die Liquorproduktion) durch Radiumemanation günstig beeinflußt wird, worauf manche klinische Tatsachen ebenfalls hindeuten.

In der Diskussion macht *Stern* darauf aufmerksam, daß zwischen Migräne und arthritischer Diathese ein Zusammenhang bestände. Beide Krankheiten seien verwandt. Man müsse auf den Stoffwechsel wirken. Purinfreie Kost sei gut.

Dietrich-Göttingen spricht zur sozialen Bedeutung der Encephalitis epidemica. Vortr. weist eingangs auf die große soziale Bedeutung der Enzephalitis hin, die bisher nur wenig gewürdigt worden ist. An der Hand des zahlreichen Krankenmaterials der Göttinger Universitäts-Nervenklinik und der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen erörtert er im einzelnen: 1. die Suizidgefahr, besonders bei den chronischen Fällen von Encephalitis epidemica, 2. versicherungsmedizinische Fragen bei dieser Erkrankung, 3. die Frage der Aufnahme in geschlossene Anstalten von Enzephalitiskranken unter Berücksichtigung der Differentialdiagnose mit anderen psychischen Erkrankungen, 4. Charakterveränderungen bei enzephalitiskranken Kindern, 5. psychiatrisch-forensische Fragen bei der Encephalitis epidemica, Entmündigung und Anwendbarkeit der §§ 105 BGB. und 51 StGB.

Schultze-Göttingen führt in der Diskussion an, daß bei der Encephalitis epidemica und ihren Folgezuständen Anstaltsbehandlung häufiger, als man es wünschte, notwendig sei. Als Ursache würde gern ein Trauma herangezogen. Häufig entständen diagnostische Irrtümer. Leicht sei ein Irrtum zwischen Enzephalitis und Katatonie. Schwer sei manchmal die Entscheidung zwischen Enzephalitis und Hysterie. Leicht sei es, einen Enzephalitiskranken und einen Kriegsneurotiker in einen Topf zu werfen. — *Loewenthal* geht etwas näher auf die interessanten Beziehungen der Enzephalitis zur Hysterie ein. Die Behandlung der Enzephalitis sei schwierig. Man taste herum. Zu einer einheitlichen Behandlung komme man nicht. — Auch *Stern* geht kurz auf die Behandlung ein. Er hält in akuten Fällen die Injektionen von Rekonvaleszentenserum für günstig. *St.* streift auch noch die Kollargolbehandlung. Die Behandlung der chronischen Enzephalitis sei sehr schwer. Das einzige Mittel, was palliativ wirkt, sei Skopolamin. — *Hermel* äußert sich zur Suizidgefahr, er führt einen Fall aus seiner Praxis an. — *Dietrich* bemerkt, daß es sich bei vielen Kindern mit anscheinend hysterischen Symptomen um rudimentäre Formen der Enzephalitis handele. — *Willige* macht zum Schluß darauf aufmerksam, daß bei früheren Grippeepidemien sich auch auffallend viele neurotische Symptome gezeigt hätten. Vielleicht bestehe da irgendein Zusammenhang.

Rehm-Bremen: Ist das manisch-melancholische Irresein eine klinische Einheit?

Vortr. begrüßt die Erbbiologie und die Konstitutionslehre, welche uns eine Menge neuer Erfahrungstatsachen gebracht haben im Gegensatz zu der kombinierenden subjektiv eingestellten philosophierenden Richtung. Was die körperliche Konstitution betrifft, so scheinen dem Vertr. die Untersuchungen *Kretschmers*, was die verschiedenen Typs betrifft, nicht genügend fundiert. Neben anderem wird auf das häufige Vorkommen von Chlorose in der Zeit der Pubertät verbunden mit Men-

struationsstörungen und auf die oft sehr starke Ansprechbarkeit des Vasomotorensystems hingewiesen. Unter den Symptomen steht in vorderster Linie eine eigenartige Denkstörung in Gestalt innerer höherer Ablenkbarkeit. Die Prognose ist eine durchaus unsichere, im ganzen wohl günstige, im Einzelfall aber zweifelhaft. Eine ganze Anzahl chronischer Fälle geht in arteriosklerotisches Siechtum über. Für die klinische Einheit sprechen die dominante Vererbung, die spezifische Konstitution, gewisse psychische Symptome und der Verlauf mit seiner Neigung zu Periodizität. Gegen die Einheitlichkeit spricht: die Wahrscheinlichkeit der Annahme zweier zu trennender Erbmassen, einer innersekretorischen und einer spezifisch manisch-melancholischen Konstitution, das Fehlen einer einheitlichen Ätiologie, einer breiten Symptomatik, eines einheitlichen Verlaufs und Ausgangs. Es steht demnach die Einheit des manisch-melancholischen Irreseins auf schwachen Füßen, und sie bedarf noch weiterer Sicherungen materieller Art. Erst die Hoffnungslosigkeit solcher Bestrebungen dürfte veranlassen, das manisch-melancholische Irresein nur als einen Symptomenkomplex zu betrachten, der bei dieser oder jener Geisteskrankheit auftreten kann und eine besondere Affinität zu der spezifisch manisch-melancholischen, ererbten Konstitution besitzt.

Stapel-Göttingen: Über Assoziationsreflexe.

Vortr. berichtet über die Erzeugung künstlicher motorischer Assoziationsreflexe beim Menschen. Beschreibung der verwandten Apparatur. Die Versuche wurden an gesunden Individuen vorgenommen. Mitteilung der erhaltenen Resultate. Als psychologisch besonders wichtig wird neben anderem die Tatsache hervorgehoben, daß die Assoziationsreflexe bei wiederholter Auslösung die Neigung zum Erlöschen zeigen. Bei ihrer Bildung wie bei ihrem Verschwinden zeigen sich bei den verschiedenen Individuen deutliche Differenzen. Das Verhalten der Assoziationsreflexe gestattet uns einen objektiven Einblick in die Neuropsyche des Individuums. Es wird darauf hingewiesen, daß die Assoziationsreflexe in der Tierreihe aufsteigend bis zum Menschen Verschiedenheiten aufweisen, auch bei den Menschen sehen wir differente Eigenschaften der Assoziationsreflexe. Z. B. bei höher und tiefer organisierten Gehirnen. Es steht zu erwarten, daß weitere Untersuchungen zur Festlegung von Konstitutionstypen im Sinne *Kretschmers*, auch bei Jugendlichen im Sinne der Gebrüder *Jaensch*-Marburg und *Kroh*-Göttingen beitragen werden. In pathologischen Fällen werden typische Eigenschaften der Assoziationsreflexe hervortreten.

Vortrag *Schultze*-Göttingen fällt aus (erscheint im A. f. Ps.).

Pförtner-Lüneburg.

98. Ordentliche Hauptversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 24. Juni 1922 in Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Barghoorn*, *Becker*, *Beyer*, *Beyerhaus*, *Bodet*, *Buddeberg*, *Busch*, *v. Ehrenwall*, *Ennen*, *Erlenmeyer*,



Fabricius, *E. Förster*, *Geller*, *Hauser*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Huth*, *P. Jacobi*, *Kellner*, *Koester*, *Kupfernagel*, *Landwehr*, *Laskowski*, *Liebmann*, *Loeb*, *Löwenstein*, *Marx*, *Meyer*, *Moerchen*, *H. Neuhaus*, *W. Neuhaus*, *Peipers*, *Peretti*, *Pfahl*, *Pirig*, *Poppelreuter*, *Raether*, *Recktenwald*, *Rülf*, *Sauermann*, *Schmitz*, *Kurt Schneider*, *Sioli*, *Trapet*, *Umpfenbach*, *Voß*, *Wahn*, *Weinbrenner*, *Weingärtner*, *Werner*, *Westphal*, *Wiehl*, *Wildenrath*, *Wilhelmy*; als Gäste: Dr. *Cahn*-Düsseldorf, Dr. *Feyerabend*-Bonn, Dr. *Levy*-Bonn, Frau Dr. *Löwenstein*-Bonn, Dr. *Olivier*-Düren. — Zum Eintritt in den Verein melden sich: Professor *Müller-Heß*-Bonn, Dr. v. *Lukowitz-Töpel* in Cöln.

Der Vorsitzende Geh. San.-Rat *Neuhaus*-Düsseldorf eröffnet die Sitzung und teilt mit, daß seit der letzten Generalversammlung gestorben sind: San.-Rat *Deiters*-Düren, Direktor der Prov.-Heilanstalt, Geh. San.-Rat *Gerhartz*-Rheinbach, Oberarzt *Giesler*-Düsseldorf-Grafenberg, San.-Rat *Schreiber*-Düren. — Ausgetreten aus dem Verein ist Geh. Med.-Rat *Griesar*-Coblenz.

Durch Akklamation werden in den Verein aufgenommen: Dr. *Barghorn*, Arzt der Psychiatrischen Klinik in Bonn, Prof. *Busch*, Psychologe der Psychiatr. Klinik in Cöln, Dr. *Landwehr*, leit. Arzt der Irrenheilanstalt Waldbreitbach (Rhld.), Dr. *Laskowski*, Hilfsarzt der Prov.-Heilanstalt in Bonn, Dr. *Walther Neuhaus*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt in Bonn, Geh. San.-Rat *Schauen*-Godesberg, Dr. *Westermann*, Arzt der Psychiatrischen Klinik in Cöln.

Witte-Bedburg berichtet über anatomische Untersuchungen der Schilddrüsen von Geisteskranken, welche an dem reichhaltigen Sektionsmaterial der Anstalt Bedburg vorgenommen wurden. In Übereinstimmung mit den Beobachtungen früherer Untersucher vermißte er die Schizophrenie kennzeichnende Veränderungen dieses Organs, fand aber, daß sich bei derselben nur selten eine Atrophie, häufig dagegen eine Kolloidvermehrung der Schilddrüse nachweisen läßt. Er weist darauf hin, daß es bei den engen Wechselbeziehungen, welche zwischen den einzelnen Körperorganen bestehen, notwendig ist, sie insgesamt einer genauen anatomischen Untersuchung zu unterwerfen, ehe man versuchen darf, die an einem einzelnen Organ gefundene Veränderung zu mehr als allgemeinen Schlüssen zu verwerten.

Aussprache. — *Voß*-Düsseldorf.

Kurt Schneider-Köln: Die Luminalbehandlung der Epilepsie.

In diesem Sommer sind es zehn Jahre, seitdem das Luminal zur Behandlung der Epilepsie verwandt wird. Dies scheint Grund zurückzublicken und die Ergebnisse der (im ganzen ungefähr 45 speziellen) literarischen Mitteilungen mit den eigenen Erfahrungen zu vergleichen. Eingeführt hat diese Therapie zweifellos *Hauptmann*, die Prioritätsansprüche *Friedländers* für seinen Assistenten *Kino* lassen sich, was die erste Veröffentlichung anlangt, nicht halten. — Die günstige Beeinflussung der Krämpfe wurde ganz allgemein festgestellt; man kann wohl sagen, daß in mindestens $^2/_3$ aller Fälle eine erstaunliche Besserung, vielfach ein Aufhören der Anfälle beobachtet wurde. Aber allgemein ist auch die Ansicht, daß



kein Heilmittel, sondern nur ein symptomatisch wirkendes Mittel ist. lfach ist die Wirkung so prompt, daß man L. als Differentialdiagnostin gegenüber hysterischen Anfällen empfohlen hat (*Müller*). Meist kt L. rasch oder gar nicht (*Fuchs*). Auch Verdichtung der Anfälle nmt vor (*Fankhauser*). Am günstigsten scheint schwere genuine ilepsie mit regelmäßigen Anfällen zu reagieren, doch wurden auch symptomatischer, insbesondere traumatischer Epilepsie Erfolge geen (*Curschmann*, *Friedländer*), dagegen keine bei luischer (*Kutzinzki*). ch im Status kann L. helfen. Was die Absenzen anlangt, so fanden nche (*Hebold*) völliges Versagen, andere (*Hoche*, *Hauptmann* u. a.) :h hier Erfolge; wieder andere (*Wechsler*, *Fuchs*) beobachteten eine rwandlung der großen Anfälle in kleine. Über die Beeinflussung von rstimmungen und Reizbarkeit wird von sehr vielen Seiten (besonders *ıbi*) Günstiges, sehr selten Ungünstiges im Sinne von Verschlimmerung richtet. Über die Wirkung auf Dämmerzustände ist kaum etwas beınt; im Dämmerzustand wirkt L. anscheinend nicht (*Kutzinzki*). — Demenz ändert sich nicht, da aber die psychischen Störungen im folge der Anfälle vielfach mit diesen wegbleiben, fällt den Angehörigen mehr „Frische" auf (*Hauptmann*). — Was die Dosierung betrifft, gilt allgemein der Grundsatz, die niedrigste Tagesdosis zu ermitteln, i der die Anfälle wegbleiben. Meist genügt 0,2; über 0,3 braucht man zu gehen. Man darf sagen: wenn 0,2 nicht hilft, hilft meist auch 0,3 :hts. Es wurden Dosen bis 0,9 gegeben (*Friedländer*). Von manchen iten werden sorgfältig abgestufte Kuren empfohlen. Teils wird eine rteilung über den Tag, teils nur eine Abenddosis vorgezogen. Letzteres ıpfiehlt sich bei geistig Arbeitenden wegen der Schläfrigkeit. Bei peıdischen Anfällen gibt man L. nur 2—3 Tage vorher und 5 Tage nachr, aber hohe Dosen (*Hauptmann*). Bei Säuglingen ist die Tagesdosis)1—0,05, bei älteren Kindern 0,05—0,1 und höher (*Klotz*). Im Status bt man als Injektion Luminalnatrium und zwar mehrmals 0,5 im Tage. ombination mit Brom wird von einigen Seiten empfohlen, namentlich ch gegenseitiger Ersatz zur Vermeidung von Kumulation und Broismus (0,1 L. entspricht etwa 2,0 Brom). — Bei Aussetzen des Mittels hen fast sämtliche Autoren fast umgehende Rückfälle, nur wenige *(reß*) bleibenden Gewinn. Oft traten dabei schwere Anfälle und Ergungen auf, auch in Fällen, wo L. nicht günstig gewirkt hatte (*Fuchs*). s kann bis zum Status mit tödlichem Ausgang kommen (*v. Klebelsberg*). ewöhnung scheint keine große Rolle zu spielen. — Oft nehmen die Kranen unter L.-Behandlung an Gewicht zu (*Hebold*, *Hauptmann* u. a.). oxische Nebenerscheinungen sind nicht selten, so daß teilweise (*Friedinder*, *Kreß*) von ambulanter Behandlung wenigstens anfangs abgeraten ird. Man beobachtet allgemeine Beschwerden, wie Schwindel, Kopf:hmerzen, Schläfrigkeit u. dgl., die sich meist trotz Weitergabe des littels verlieren. Nierenschädigungen wurden nur bei akuten fieberhaften ntoxikationszuständen beobachtet. Von solchen hört man häufig, auch ach durchaus üblichen Dosen, gelegentlich nach den allerersten Taletten. Über masernartige Exantheme, Ekzeme, Ödeme, aphthöse ieschwüre wird vielfach berichtet. Nur ein einziger Todesfall kam vor *Hueber*); auch dieser war nur indirekt auf L. zurückzuführen: beim



Abklang einer akuten fieberhaften Intoxikation flackerte eine alte Lungentuberkulose auf. Manche sahen nie Intoxikationen. Exakte Angaben über Dauer der Behandlung sind sehr selten und noch dringend zu wünschen. Auch über Dauererfolge weiß man wenig; man hat anscheinend das Recht, skeptisch zu sein.

Aussprache. — *Neuhaus I*, *Aschaffenburg*, *E. Förster*, *P. Jacoby*.

Loeb-M.-Gladbach: Wir frei praktizierenden Ärzte freuen uns, wenn in den wissenschaftlichen Gesellschaften auch einmal therapeutische Themata wie das vorliegende behandelt werden. Ich hätte allerdings gern gesehen, wenn der Vortr. statt seines Eindrucks über die Erfolge genaueres statistisches Material vorgelegt hätte. Man täuscht sich in der Erinnerung zu leicht. Durch die Ankündigung des Themas angeregt, habe ich meine Epilepsiefälle zusammengestellt. Leider kann ich von den 74 Fällen, die ich in 2½ Jahren sah, nur 40 hier verwerten, weil 15 der diagnostizierten Fälle mich nur einmal aufsuchten und weitere 19 weniger als einen Monat zu mir kamen. Ich gab fast immer täglich 0,15 Luminal (auf 2 Gaben des Tags verteilt). Die Dosis wurde anstandlos vertragen. Nebenwirkungen außer gelegentlich Schwindel sah ich nicht; auch sah ich keine üblen Wirkungen, wenn Patienten trotz gegenteiliger Anweisung das Mittel aussetzten, wohl mehrfach prompte Wiederkehr der vorher unterdrückten Anfälle. — 13 Kranke konnte ich über 1 Jahr ambulant beobachten. Bei 4 hiervon konnte ich keinerlei Besserung feststellen; bei 7 würde ich die Wirkung als gut bezeichnen, entweder wurden die Anfälle wesentlich seltener oder erheblich leichter. Bei 2 war der Erfolg bisher sehr gut, indem über die ganze Zeit, auch in den mittelfreien Intervallen, keine Anfälle mehr aufgetreten sind. Bei den 27 Epileptikern, die ich zwischen 1 Jahr und 1 Monat beobachtete, fand ich bei 11 keinen, bei 16 einen zufriedenstellenden bis guten Erfolg. — Der Eindruck, den ich vor Aufstellung dieser Statistik über meine Erfolge hatte, war wesentlich besser als er sich hier ergeben.

Hübner-Bonn: I. Paralyse-Syphilisfragen vor Gericht. *H.* hatte gemeinschaftlich mit *Paul Krause* ein Gutachten zu erstatten über folgende Fragen: 1. Kann sich eine Pflegeperson auf einer Paralytikerabteilung bei der Pflege syphilitisch infizieren? 2. Liegt ein Verschulden vor, wenn ein Arzt in einem Fall, in dem er selbst an Syphilis denkt, keine Wa.Re. macht? 3. Kann man unter allen Umständen erwarten, daß die Syphilis geheilt wäre, wenn sie frühzeitig behandelt worden wäre? 4. Kann sich eine Pflegeperson an Geschirr und Gläsern auf der Abteilung infizieren? 5. Ist das Pflegepersonal auf jeden syphilitisch Infizierten besonders aufmerksam zu machen? Fragen 1—4 wurden für den vorliegenden Fall verneint. Die Notwendigkeit besonderer Belehrung wurde auf sicher infektiöse Fälle beschränkt. — Vortr. empfiehlt, die Dienstanweisungen des Personals ausführlicher zu gestalten, als sie jetzt sind, und entsprechende Anweisungen bezgl. der Lues darin aufzunehmen. Das Gutachten wird ausführlich veröffentlicht werden.

II. Störung des Besitzes § 906 BGB. Nach diesem Paragraphen kann der Eigentümer eines Grundstückes die Zuführung von Gasen, Dämpfen, Geräuschen, Erschütterungen und ähnl. von einem anderen



ındstück ausgehenden Einwirkungen insoweit nicht verbieten, als die wirkung die Benutzung seines Grundstückes nicht oder nur unwesent- ı beeinträchtigt. Diese gesetzliche Bestimmung fand Anwendung in em Falle, den der Vortr. zu begutachten hatte:

Der Pferdehändler D. hatte eine Frau, welche an chronisch melan- lischen Zuständen seit einer ganzen Reihe von Jahren litt. Sie jam- rte mitunter stunden- und tagelang halblaut vor sich hin; der rechte usnachbar fühlte sich dadurch gestört und klagte gegen den Ehe- nn D. auf Beseitigung der Störung. Das Gericht fragte 1. ob die Ehe- u des Beklagten die Nachbarschaft störte, evtl. in welcher Weise, ob durch den Krankheitszustand der Ehefrau eine erhebliche Stö- ıg der Nachbarn eingetreten oder zu befürchten sei, 3. welcher Art se Störung sei.

Die Rechtsprechung besagt hierzu folgendes: Nach einer Reichs- ichtsentscheidung Bd. 76, Nr. 131 ist erforderlich, daß entweder auf ; Grundstück selbst schädigend eingewirkt wird oder die auf dem Grund- ck sich aufhaltenden Personen derartig belästigt werden, daß ihr ge- ıdheitliches Wohlbefinden gestört oder ein körperliches Unbehagen ihnen hervorgerufen wird. — Für den Grad der Beeinträchtigung das Empfinden des normalen Durchschnittsmenschen maßgebend G. 57, 224). — Einmalige vorübergehende Beeinträchtigung ist nicht sentlich, wohl aber können regelmäßig wiederkehrende wesentlich sein.

Der Vortr. hat die Parteien, die ihm beide bekannt waren, zu einem rgleich angeregt, der wohl auch zustandekommen wird.

Objektiv betrachtet war die Beeinträchtigung der Nachbarn niger häufig als etwa durch Anwesenheit eines kleinen Kindes. So- it der Vortr. feststellen konnte, war das Jammern auch nicht besonders ıt.

Im allgemeinen wird man vom ärztlichen Standpunkte aus sagen nnen, daß ein Fall wie der vorliegende nicht als wesentliche Be- ıträchtigung des Besitzes angesehen werden kann. Denn die dadurch tstehenden Geräusche sind sicher wesentlich geringer wie etwa die durch ı Lokal mit Musikautomat oder ein Säuglingsheim (*Gruchot* und Beitr. —1024) bewirkten Geräusche.

III. Symmetrische Gangrän nach Trauma. — J. F., $4^{1}/_{2}$ J., ıter vor Jahren Ischias. Mutter aufgeregte Frau. Sonst beide angeb- h gesund. Pat. selbst bisher nie krank. 12. 10. 21 Fall von einem Baum im Spielen; blaue Flecken und geringfügige Hautabschürfungen an r linken Hüfte. 13. 10. Schlucklähmung. Atmung o. B. Sprache in- kt. Kein Fieber. Im Halse keine Rötungen und Schwellungen. Pat. bis zum 15. nichts und kam deshalb ins Krankenhaus. Hier Urin- tention. In den nächsten Tagen lernte der Kranke langsam wieder ıluckeu. Von Zeit zu Zeit fiel ein Anstoßen beim Sprechen auf. Die ıße fühlten sich kalt an, sonst war an ihnen nichts Pathologisches. ychisch nicht benommen, orientiert. In der Nacht vom 16./17. un- hig, war nicht im Bett zu halten, befolgte die Aufforderungen der hwestern nicht. Erkannte aber Eltern und Umgebung richtig. Füße skalt. In der folgenden Nacht Schlaf. Während desselben wurde der Fuß steif und wachsfarben bis zum Knöchel. Nach Wärmeapplikation

wieder normale Färbung des Beins und Rückkehr der Beweglichkei
Statt dessen Wachsfarbe des anderen Fußes. Am folgenden Tage (19. 10
beide Füße kalt und wachsfarben. 20. 10. Blaufärbung beider Füße ur
Unterschenkel bis zum Knie. Arme o. B. 22. 10. Blauschwarzfärbur
der Zehen und Füße. Die Blasenstörung ist gebessert, aber nicht behobe
Manchmal müssen zur Erzielung der Miktion heiße Kompressen auf d
Blasengegend gelegt werden. 23. 10. Aufstoßen und „Gerummel" im Lei
Pat. kann nicht jedes Essen vertragen. Wenig Schlaf. Große Unruh
L. Hand fast immer kalt. Der Radialpuls ist nicht zu fühlen. Keine Bla
färbung der Hand. Beine unverändert. 24. 10. erste Untersuchung dur
Ref.: Blasses, gut genährtes Kind, kein Fieber, keine Exantheme, kein
Angina. Lebhafte motorische Unruhe. Beide Füße und Unterschenk
sind bis fast zu den Knien tief dunkelblau, an einzelnen Stellen etw
heller und marmoriert. Keine Gangrän. Nadelstiche fördern kein Bl
zutage, werden aber ebenso wie Berührungen äußerst unangenehm empfu
den. Auch Spontanschmerzen bestehen. Bewegungen der Füße und Unte
schenkel werden steif ausgeführt. Keine Muskelatrophieen. Pulsatio
der Art. dorsal. ped. nicht fühlbar. Keine Gelenkschwellungen. Kni
sehnenreflexe, Achilles- und Plantarrefl. vorhanden. Die zyanotisch
Haut fühlt sich kalt an. — Sehen und Hören, soweit bei der Unruhe d
Pat. zu prüfen, o. B. Vermehrte Salivation. Keine Albuminurie. Ke
Vitium cordis. Keine Zeichen von Lues. Therapie: Wärmeapplikatio
31. 10. Zehen gangränös. Außerdem an verschiedenen Stellen der Unte
schenkel beginnende Gangrän. Die Demarkationslinie liegt beiderseit
unterhalb des Kniegelenks. Die offenen Stellen sind großenteils schmier
belegt. Das Wundsekret riecht stark. Hände und Unterarme namentli
l. wachsbleich. — Große Unruhe. Häufiges Erbrechen. Temperat
abends 38,3. Erneute Verlegung ins Krankenhaus. Dort atypische Am
putation beider Unterschenkel. Sepsis; nach einigen Wochen Tod.

Der eben beschriebene Fall bietet mehrere Besonderheiten.

Daß es sich um einen *Raynaud* handelt, möchte ich aus folgend
Gründen annehmen: 1. Beginn mit vasomotorischen Störungen, d
zunächst anfallweise auftraten und zwischen l. und r. alternierten; 2. d
vasomotorischen Erscheinungen sind mit sensiblen vergesellschaftet g
wesen; 3. es folgten trophische Störungen, die an den Zehen begannen
später allerdings einen ungewöhnlichen Umfang hatten (ebenso wie b
Hauptmann Medical Record. L. S. 459).

Bemerkenswert sind die Begleitsymptome: vorübergehende Sprach
störung (*Weber*, Handb. d. Chir. I, 1, S. 555), Schluckstörungen, Har
verhaltung und intensive Beschwerden. Die letzterwähnten Sympton
stellten, wie ausdrücklich betont sei, keine Initialerscheinungen ein
Enzephalitis dar. Hysterische Erscheinungen fehlten.

Deutlicher noch als in dem Falle von *Schaeffer* (Ärztl. Sachv.-Zt
1902, S. 32) tritt in unserer Beobachtung die zeitliche Beziehung zu
Unfall hervor (s. *Cassierer* und *Oppenheim*). — Die Gangrän hat sich de
halb so rasch an den Unterschenkeln entwickelt, weil die Wärmekrüg
welche die Mutter anwandte, infolge der Unruhe des Pat. direkt die Ha
berührten.

Aussprache. — *Wiehl*, *Voß*.



Loeb-M.-Gladbach: Ich glaube mich zu erinnern, daß gerade in diesem Kreis einmal über eine Infektion infolge Bisses durch einen Paralytiker berichtet wurde; aus eigner Erfahrung kann ich hierüber allerdings nicht berichten. — Ich wundere mich, daß der Ref. sein Gutachten in dem Sinne so ärztefreundlich abgegeben hat, daß er nicht verlangt, daß man bei dem Verdacht auf eine syphilitische Pustel den Quetschsaft auf Spirochäten und das Blut auf Wa.Re. untersucht. Bei der riesigen Gefahr, die eine wirkliche Lues für den Menschen bedeutet, halte ich jeden Arzt für verpflichtet, bei dem Gedanken, es könne sich auch nur möglicherweise um Syphilis handeln, alle Mittel, die ihm die Wissenschaft bietet, auch anzuwenden. — Dann sollte man schon aus ästhetischen Gründen bestimmter verlangen, als das vom Ref. geschehen ist, daß Gesunde und Paralytiker nicht das gleiche Eßgeschirr benutzen. Wenn ich auch die Ansteckungsgefahr für minimal ansehe, so ist der Gedanke doch ekelerregend.

Hübner: Den von Herrn *Loeb* erwähnten Bedenken hat Vortr. in einem besonderen Teil des Gutachtens Rechnung getragen. — Ein sicherer Fall von Infektion durch Biß eines Paralytikers ist bisher nicht bekannt. Der von *L.* zitierte Fall betrifft einen Hebephrenen mit frischer Lues.

Mörchen-Wiesbaden: Wie stellen wir uns zu dem wissenschaftlichen Okkultismus?

Die große und vielfach ungesunde Ausdehnung okkulter und spiritistischer Bewegungen in weitesten Volkskreisen bis in die Schulen hinein nötigt uns zur Stellungnahme. Diese muß eine ernsthaft kritisch-wissenschaftliche sein, weil neuerdings mehr als je eine Anzahl von Gelehrten den Anspruch auf naturwissenschaftlich-experimentelle Beweisbarkeit „okkulter" Phänomene erhebt. Wir müssen unterscheiden zwischen dem eigentlichen Okkultismus, der im Rahmen natürlichen Geschehens die von ihm konstatierten „supernormalen" Erscheinungen auf übersinnliche Fähigkeiten „medial" veranlagter Persönlichkeiten zurückführt, und dem Spiritismus, der in jenen Erscheinungen das Wirken von Geistern aus dem Jenseits erblickt. — Gegenüber der modernen Okkultismusforschung müssen wir zunächst beanstanden, daß sie die Autorität einer beschränkten Anzahl von Gelehrten in dogmatischer Weise ins Feld führt. Wenn auch manche dieser zum Teil lange verstorbenen wissenschaftlichen Okkultismuszeugen in ihrem Fach als Physiker, Zoologen usw. Weltruf hatten, so kann das andere nicht verpflichten, ihre okkulten Forschungsergebnisse gläubig hinzunehmen. Maßgebend für die Neigung zur okkultistischen Betätigung und für die meist festzustellende kritische Insuffizienz der literarisch-wissenschaftlichen Produktion der Okkultismusforscher scheint uns eine besondere Anlage zur Beschäftigung mit mystischen und übersinnlichen Dingen zu sein, die künstlerisch phantasievoller Anlage vergleichbar ist. Diese Anlagen sind in ihrer Auswirkung hinsichtlich Affektivität, Auto- und Heterosuggestibilität bei der okkultistischen Betätigung unabhängig vom sonstigen geistigen Niveau und Bildungsgrad. Sie bedingen eine gewisse seelische Verwandtschaft mit den als „Medien" arbeitenden Personen, eine fast überall zu beobachtende Mangelhaftigkeit der Versuchsanordnung, große Willkürlich-



keit in der Deutung der medialen Ergebnisse, Vernachlässigung vieler Fehlerquellen usw. Das Milieu okkultistischer Experimente (Kabinette, Vorhänge, Halbdunkel) ist ungeeignet für exakte Beobachtungen. — Soweit die medialen Leistungen (meist im Trancezustand vollbracht) rein psychische sind, mögen sie ein interessantes Objekt psychologischer Forschung sein. Nach unserer Auffassung handelt es sich dabei im wesentlichen nur um graduelle Steigerungen der Sensibilität, der Sinneswahrnehmung, der Gedächtnisfunktion. Die psychophysischen Leistungen der Medien (Telekinese, Teleplastik, Materialisation psychischer Kräfte) möchten wir als rein technisch zu beurteilende Kunststücke, vergleichbar denen gewisser „Zauberer" betrachten, mit denen sie die Eigenschaft des „Unerklärlichen" und Verblüffenden teilen. — Bedenklich erscheint die Tatsache, daß die große Masse der Psychopathen und Neurotiker, der seelisch schwächer Veranlagten, von der okkulten und spiritistischen Bewegung am intensivsten ergriffen wird. Das gilt teilweise auch für die auf okkulter Grundlage beruhende Anthroposophie.

Umpfenbach.

Kleinere Mitteilungen.

Bericht des Hofkammerrates Zengerle und Dr. Sandfort an das Nassauische Staatsministerium vom 4. Juli 1814.

Ein Beitrag zur Geschichte der Psychiatrie von Direktor Dr. *Wachsmuth*-Eichberg.

Beim Studium der ältesten Akten der Anstalt Eichberg fand ich einen Bericht über einen Besuch der Irrenhäuser zu Frankfurt und Würzburg, der einen Einblick in die damalige Behandlung der Geisteskranken gibt. Die Veranlassung zu diesem Bericht war folgende:

Durch den Reichsdeputations-Hauptschluß vom Jahre 1803 wurden wie im übrigen Deutschland auch in Nassau zahlreiche Klöster säkularisiert, unter diesen die Zisterzienserabtei Eberbach, welche zu einem Korrektionshaus umgewandelt wurde. In Ermangelung einer Irrenanstalt sammelten sich hier auch Geisteskranke an, deren Absonderung von den Korrektionären ein immer dringenderes Bedürfnis wurde. Es entstand der Plan, eine besondere Anstalt für Geisteskranke mit möglichst modernen Einrichtungen zu schaffen.

Ehe sich die Nassauische Regierung entschloß, die Anstalt in Eberbach zu errichten, schwebten Verhandlungen, das Kloster Schönau oder Arnstein als Irrenanstalt auszubauen. Die Entscheidung fiel für Schönau aus. Wegen der Entlegenheit des Klosters Schönau wurde dieser Plan dann wieder aufgegeben und die Irrenanstalt i. J. 1815 in Eberbach eröffnet.

Von Eberbach aus wurde die Anstalt Eichberg i. J. 1849 auch räumlich als selbständige Irrenanstalt abgetrennt.

Ehe die Anstalt Eichberg gebaut wurde, bereiste eine Kommission Frankreich und England zum Studium der dortigen Anstalten. Man erkennt daraus, wie ernst die Nassauische Regierung von jeher bemüht war, mustergültiges zu schaffen.

1. Wiesbaden den 4 July 1814 (vom Nassauischen Staats-Ministerio weiter gegeben).

Bemerkungen des Hofkammerrats *Zengerle* und Dr. *Sandforts* über die Irrenhäuser zu Frankfurt u. Würzburg sowie Vorschläge für Schönau.



I. Das Frankfurter Irrenhaus betreffend.

1. Das Haus nebst einem Flügel auf der rechten Seite, und dem Hof bildet ein längliches Viereck, wozu der Eingang von der Straße durch einen Torweg unter dem Hause grade auf den Hof führt.

Das Haus hat 2 Stockwerke in Stein mit großen vergitterten Fenstern und einen Dachstock und bietet von der Straße her eine regelmäßige und solide Façade dar. Das Eingangstor ist beständig verschlossen und mit einem Schellenzug versehen, der durch das Vorziehen des einen Torgriffs in Bewegung gesetzt wird und nur denjenigen Personen bekannt ist, die täglich im Institut ein- und ausgehen. Unter dem Torweg sind rechts und links die Eingänge in das Haus, ist par terre der Eingang zum Flügel.

Der ganze Raum ist beschränkt, und es wohnen daher männliche und weibliche Irre, deren Zahl ungefähr 50 sein soll, unter einander, welches nach der Äußerung des Arztes eine genauere Aufsicht als gewöhnlich nötig macht, um Unordnungen vorzubeugen, die durch das Nahesein der beiderseitigen Irren, wobei nur zu oft der Geschlechtstrieb die Ursache des Wahnsinns war, entstehen können.

2. Die Einrichtung der Irrenzimmer. — Die zur Verwahrung der Irren bestimmten Zimmer können in 3 Klassen eingeteilt werden. Die 1te Klasse, für rasende, tobsüchtige Irre bestimmt, ist im Erdstock des Flügels befindlich.

Diese Zimmer sind zum Teil etwas finster und haben bei einer proportionalen Höhe den Raum von ungefähr 80—100 □Fuß. Sie sind mit Eichenbohlen gedielt und auch an den Wänden damit eingefaßt.

Die Türen öffnen sich nach außen, sind sehr stark und haben außer den gewöhnlichen Riegeln und Banden noch einen beim Schluß in die Bekleidung eingreifenden Haken.

In diesen sämtlichen Zimmern ist an einem Fenster ein weit hinein reichendes trichterförmiges, blechernes Rohr befindlich, welches als Ventilator dient. Ein Paar der geräumigen Zimmer enthalten keine Betten, sondern dienen eins den weiblichen, das andere den männlichen Irren zum Versammlungsort.

In jenem spannen verschiedene Weiber, und in diesem war selbst ein Irrer begriffen, Beinkleider für einen anderen zu machen.

In einigen verschlossenen Zimmern dieser zwei Klassen befanden sich gewöhnliche Nachtstühle. Andere Zimmer waren offen, damit die Irren frei aus- und eingehen konnten. Die Betten bestehen aus einem Strohsack, Matratze, Kopfpolster, einem Leintuch und federnem Oberbett. Statt des Letzteren haben manche ein Paar wollene Decken. Jene Irren, welche ihr eigenes Bett mitbringen, können sich dessen bedienen.

3. Die Administration der Anstalt. — Außer dem Arzte Dr. *Scherbius* ist ein Verwalter, der im Hause wohnt, dabei angestellt, welchem 3 Wärter und eine Wärterin untergeben sind. Der Gehalt der Wärter beläuft sich außer der freien Wohnung und Kost auf 50 florin jährlich.

Dem Verwalter steht es frei die Wärter anzunehmen und zu entlassen.



Die Beköstigung der Irren besorgt der Verwalter. Seiner Aussage nach bekommen solche: zum Frühstück Kräuterthee und ein Stück Brot; zum Mittagessen: Suppe, Brot — und wöchentlich 3 mal Fleisch, die übrigen Tage: Suppe, Brot und Gemüse; ferner Nachmittags etwas Brot und zum Abend Bier, Brot und Salat, bisweilen gekochtes Obst, oder was sonsten der Jahreszeit angemessen gegeben werden kann.

Die Irren scheinen menschlich behandelt zu werden und manche Freiheit zu genießen. Die meisten, und unter diesen selbst solche, die schon Mordanschläge geäußert haben, gehen ungehindert in den Zimmern aus und ein, auf den Gängen und in dem Hof umher; einem darunter war der rechte Arm an einem Leibgürtel angeschlossen, dessen beide eiserne Ringe von innen mit Leder gefüttert sind.

Die für boshafte, widerspenstige Irre bestimmten Strafen sind Einsperren und schlechtere Kost. Die Wärter dürfen nur dann gegen die Irren Gewalt brauchen, wenn es zu ihrer Verteidigung nötig ist. Bei überlegten boshaften Anfällen bestimmt der Verwalter zur Züchtigung eine Anzahl Streiche mit einem Ochsenziemer, doch versicherte er, nur selten körperliche Strafen nötig zu haben, sondern durch ein festes menschenfreundliches Benehmen die Irren leicht zur Folgsamkeit lenken zu können.

Da der Arzt keine regelmäßigen Besuche in der Anstalt macht und überhaupt wenig Teil an dem Institut zu nehmen scheint, so ergiebt sich von selbst, daß die medicinische Behandlung übel bestellt ist.

Dasselbe gilt von den in der Anstalt eingeführten Zwangs- und Befestigungsmitteln. Das vorzüglichste Werkzeug ist der schon beschriebene, sehr schwere eiserne Gürtel, welcher um den Leib angelegt wird, und an dem die Arme angeschlossen werden können. Dieses Instrument macht einen der Gesundheit sehr schädlichen Druck auf den Unterleib, und sollte daher nur da gebraucht werden, wo alle gelinderen Zwangsmittel fruchtlos sind.

Mehr seinem Zweck angemessen ist der gebräuchliche Fußriemen, ein gewöhnlicher Riemen von starkem Leder, wovon jedes Ende an das Bein oberhalb des Knöchels mit einem Hängeschloß befestigt wird. Wenn dieser Riemen angelegt ist; so kann der Irre nur kleine Schritte machen, Niemand mit den Füßen treten und muß sich überhaupt sehr ruhig halten, um nicht zu fallen.

Allgemeine Bemerkungen. — Aus allem Gesagten ergiebt sich, daß die Frankfurter Anstalt nicht als Muster zur Nachahmung dargestellt werden darf.

Der für die große Anzahl der Irren allzu beschränkte Raum, die Vermischung beider Geschlechter, der Mangel eigener Reconvalescenten-Zimmer, wiewohl diese bei einer Anstalt wo für ärztliche Behandlung so schlecht gesorgt ist, am leichtesten zu entbehren sein möchten — die allenthalben herrschende Unreinlichkeit, der unausstehliche Gestank in den Zimmern, die ekelhafte Einrichtung der Nachtstühle, die Vernachlässigung der Irren in medicinischer Hinsicht, der Abgang zweckmäßiger Zwangsmittel sind Hauptgebrechen, an welchen diese Anstalt leidet.

I. Das Frankfurter Irrenhaus be[illegible]

1. Das Haus nebst einem Flügel auf der recht[illegible] bildet ein längliches Viereck, wozu der Eingang [illegible] einen Torweg unter dem Hause grade auf den [illegible]

Das Haus hat 2 Stockwerke in Stein mit [illegible] stern und einen Dachstock und bietet von der St[illegible] und solide Façade dar. Das Eingangstor ist b[illegible] mit einem Schellenzug versehen, der durch das [illegible] griffs in Bewegung gesetzt wird und nur den [illegible] ist, die täglich im Institut ein- und ausgehen. [illegible] rechts und links die Eingänge in das Haus, i[illegible] Flügel.

Der ganze Raum ist beschränkt, und [illegible] und weibliche Irre, deren Zahl ungefähr [illegible] welches nach der Äußerung des Arztes [illegible] wöhnlich nötig macht, um Unordnunge[illegible] Nahesein der beiderseitigen Irren, wobei [illegible] die Ursache des Wahnsinns war, entst[illegible]

2. Die Einrichtung der Irrenzimmer. [illegible] bestimmten Zimmer können in 3 Kla[illegible] Klasse, für rasende, tobsüchtige Irre [illegible] hinteren Hof par[illegible] befindlich.

Diese Zimmer sind zum Teil etw[illegible] [illegible]auerte, sogenannte portionalen Höhe den Raum von u[illegible] Eichenbohlen gedielt und auch a[illegible] [illegible]ch mit Wasser ver[illegible]

Die Türen öffnen sich nach [illegible] [illegible]s in dem unteren Stock den gewöhnlichen Riegeln und [illegible] Bekleidung eingreifenden Hake[illegible] [illegible]gen Vorrichtungen zum

In diesen sämtlichen Zimm[illegible] Das Baden geschieht reichendes trichterförmiges, blecher[illegible] in welche sowohl kaltes wie war[illegible] tilator dient. Ein Paar der geräu[illegible] Zum Sturzbad wird ein in der Nähe sondern dienen eins den weiblich[illegible] benutzt. Die Zahl sämmtlicher Irren zum Versammlungsort.

In jenem spannen versch[illegible] der Zimmer. — Die zur Aufnahme ein Irrer begriffen, Beinkleider [illegible] Sie sind gewölbt, und enthält der in der

In einigen verschlossene[illegible] in der männlichen etwa 11 Betten, sich gewöhnliche Nachtstühle [illegible] 10 Fuß von dem anderen steht. Irren frei aus- und eingehen [illegible] Vorhänge von vorn und gegen die beiden Strohsack, Matratze, Kopf[illegible] bis zur Höhe von etwa 6 Fuß. Vier in bett. Statt des Letzteren [illegible] auf der Entfernung von etlichen Schuhen Irren, welche i[illegible] verwahrt, daß jedes derselben ein vergittertes [illegible] wobei der Zutritt nur durch die daran [illegible] geschehen kann.

[illegible] Betten dienen den Wärtern [illegible] gegen mögliche wütende Anfälle von [illegible] Einsperrung allzu unruhiger oder [illegible]

[illegible]rter st[illegible]

an welchen gespeist wird, und
'n Pilare sind Betten zum
Diese Säle haben ge-
'angen verwahrt sind.
-ch in die Fenster

tstellen haben
Haarmatratzen,
statt dessen an
n weiblichen Sale
großen Holzofen.
bemerkte in beiden
he Reinlichkeit und
dem größeren noch ein
Aufnahme jener Irren
rer Excremente die Luft
igen abgesondert werden.

es wegen kein Wärter aus-
Sorgfalt durch starke Kreuz-

r Pritschen eingerichtet. An
Ringe, um nötigen Falles die
nen. In diesem Zimmer herrscht
ausstehlicher Gestank.
-ren Etage angebrachten kleineren,
griffener Irren bestimmten Zimmer
□ Schuhen. Die innere Einrichtung
einander verschieden, daß einige mehr,
rt sind. An den meisten ist der Fuß-
an einigen aber mit eichenen Bohlen ge-
-h die Wände in Manneshöhe mit eichenen
t zu den Fenstern ist frei, jedoch an einigen
mit den Händen reichen kann, durch Bretter
l sie durch eiserne Kreuzgitter verwahrt.
gewöhnliche Einrichtung. Sie stehen frei ohne
n oder Wand. Die eben nicht starken Türen
die Schlösser daran sind auch zum Teil so schlecht,
ine von außen verschlossene Tür inwendig ohne
. Von außen hat jede Tür noch zwei Riegel. Neben
der Wand, etwa 6 Fuß vom Boden hoch eine kleine
eines Quadratschuhes, welche mit einem Laden ver-
ann, und durch welche den Irren die nötigen Bedürf-
gereicht werden können.
n aber diese Vorrichtung unnütz gefunden zu haben,
-n Öffnungen die Läden zugenagelt waren. Zum beobach-
ienen kleine, hin und wieder in die Türen eingebohrte Löcher.
Zimmern sind an den Wänden Zapfenbretter zum Aufhängen
gsstücke.



Die Erwärmung geschieht durch große, runde, in den Zwischenwänden eingemauerte Oefen ohne Gitterwerk und sonstige Befestigung, so daß jeder Ofen zwei Zimmer heizt.

Die Betten gleichen jenen in den größeren Stuben. Einzelne sehr unreinliche Kranke hatten nur Stroh oder nur einen Strohsack zum liegen.

Die drei ganz zu ebener Erde befindlichen sogenannten Blockzimmer zum einsperren rasender Irren, wovon eines etwa 50—60 □Fuß Raum enthalten kann, erhalten ihr Licht durch ein sogenanntes Oberlicht über der Tür, welches sich nach außen öffnet und mit eisernen Stangen und Dratgittern wohl verwahrt ist.

Der Fußboden ist geplättet, und die Mauern sind aus Quadersteinen construirt. An der Seitenmauer links sind eingegossene eiserne Ringe zum Anschließen der Rasenden.

Die Türen selbst öffnen sich nach innen, welches unzweckmäßig erscheint; wirklich versuchte einer der völlig nackt auf dem Stroh liegenden Unglücklichen, womit 2 dieser Zimmer besetzt waren, in Gegenwart der Commissarien die Tür beim Zuschließen aufzuhalten, soweit dies von seinem Lager aus an der Kette geschehen konnte.

Die Administration der Anstalt. — Die Würzburger Irrenhaus-Anstalt steht, so wie das ganze Julius-Spital, wovon sie einen Teil bildet, unmittelbar unter dem Staatsrat, der eine eigene Canzlei und Registratur hat, und dem das ganze, zum Julius-Spital gehörige und über 60 Personen starke Verwaltungs-Personal untergeordnet ist.

Es kann die Absicht der Commissarien nicht sein, alle Personen namentlich nach Chargen, als: Primar, Clinischen Oberwundärzten und Assistenten, Apothekern, Wärtern, Hausmüttern, Speisern, Küchen-Inspectoren, Köchinnen, Torhütern u. s. w., hier anzuführen, sondern nur diejenigen zu bemerken, welche zunächst in Beziehung mit der Irrenanstalt stehen.

Diese sind a: das oben gedachte, aus 6 Personen zusammengesetzte Administrations-Rats-Collegium. Unter diesen — b —: Primar-Arzt, Herr Hofmedicus *Müller* nebst seinem Assistenten, Herrn *Schmitt*, welcher im Spital logiert, und c. sechs Wärter und Wärterinnen, wovon bestimmt sind: für die männlichen Irren 2 Wärter und eine Wärterin; für die weiblichen Irren 3 Wärterinnen. Dem Stiftungsbriefe gemäß sollen in diese Anstalt nur Arme und umsonst aufgenommen werden, allein es wird auch jetzt zum Teil Kostgeld angenommen, welches nach Masgabe der Zahlungsfähigkeit, des Standes und der Verpflegung mit oder ohne Arznei öfters 30—45 Kr. bis 1 fl täglich für die Person beträgt. Die Personen des letzteren Preises erhalten ein eigenes Zimmer und bessere Kost als die gewöhnliche. Arme werden unentgeltlich angenommen und verpflegt. Sonst wurden in diese Anstalt auch Auswärtige angenommen und verpflegt gegen Zahlung, gegenwärtig aber geschieht dies des Mangels an Raum wegen nicht mehr, sondern es beschränkt sich die Anstalt auf die inländischen Irren.

Die Aufnahme geschieht auf den Antrag der Polizeibehörde oder der Angehörigen an die Administration. Von Letzterer wird der Arzt der Anstalt zum gutachtlichen Berichte aufgefordert: ob das in Frage



stehende Individuum sich zur Aufnahme in die Anstalt eignet oder nicht? Fällt dies Gutachten bejahend aus, so hat die Aufnahme statt, wenn ein Zimmer oder Bett leer ist, oder sobald eins leer wird. Ob der neuaufgenommene Irre in die Classe der unheilbaren oder vielleicht noch heilbaren Kranken zu setzen sei, bleibt dem Arzte zu beurteilen überlassen. Sind mehrere Irre zugegen, welche um die Aufnahme concurrieren, so erhält derjenige den Vorzug, welcher der öffentlichen Sicherheit am gefährlichsten ist, sonst auch ceteris paribus, zu dessen Herstellung die größere Hoffnung vorhanden ist.

Jeder neu ankommende Irre soll seine Krankheitsgeschichte, entweder von seinem bisherigen Arzte mitbringen oder von denen, die ihn zu beobachten Gelegenheit hatten.

Zufolge der eingeführten Ordnung sollen die Irren im Sommer Morgens 5 Uhr, in den übrigen Jahreszeiten, wenn es Tag wird, ihr Bett verlassen, und sich, wenn die Witterung es erlaubt, aus ihren Zimmern entfernen, welche inzwischen gereinigt und gelüftet werden sollen.

Um die Reinlichkeit der in den größeren Sälen verwahrten, für unheilbar erklärten Irren scheint sich Niemand zu bekümmern. Ob sie sich waschen wollen, oder nicht, bleibt ihnen überlassen. Die auf den abgesonderten Zimmern einer Cur noch unterworfenen Irren werden alle Morgen von den Wärterinnen gewaschen und ihre Haare gekämmt.

Die einer Beschäftigung fähigen männlichen Irren, denen man ein Instrument in die Hände geben darf, müssen Holz hacken, schneiden und aufsetzen, auch in den von der Anstalt etwas fern liegenden, zum Spital gehörenden Gemüsegärten unter Aufsicht arbeiten. Die weiblichen Irren dieser Classe bringen ihre Zeit meist mit Spinnen zu. Die übrigen, welche keine Gefahr besorgen lassen, können ohne specielle Aufsicht auf dem geräumigen Hofe, auf den Gängen in den Gärten spatzieren gehen. Die Beköstigung der Irren geschieht aus der großen Spitalküche, worin 6 Heerde befindlich sind. Auf dem ersten wird für das distingierte Personale: als Arzt-Assistenten, Apotheker, dessen Gehülfen p. p. gekocht. Der zweite und dritte dienen für das Pfründner-Personal, auf dem 6ten wird für die Kranken gekocht. Sämmtliche Heerde scheinen eine Art Sparheerde zu sein, und sind mit vielen Castrollenlöchern versehen. Im Allgemeinen wird hier die Suppe aus gestampften Knochen bereitet, wozu die von Herrn *G. M. Müller* zuerst angegebene Vorrichtung in der Spitals-Küche etabliert ist. Sie besteht in einem großen eisernen Mörser mit einem an einer Stange hebelartig befestigten eisernen Stempel, so daß dieser durch jene Stange in die Höhe gehoben, dagegen durch die Hand wieder niedergedrückt wird. Der Mörser ist mit einem Deckel in zwei Teilen bedeckt. Außerdem werden jedoch auch Fleischbrühen ohne Knochen-Zubereitung gereicht.

Die Kost der Irren besteht aus einem Stück Brot zum Frühstück, zum Mittag Brot, Suppe, Gemüse und 6 mal die Woche Fleisch; Abends: Brot und eine Fleischspeise, gewöhnlich Gekröse, Lungen und Leberspeisen.

Die Suppe soll besonders kräftig sein. Zum Getränk dient Wasser. Auf ärztliche Verordnung werden auch andere Speisen, namentlich besse-



res Brot, das in sehr schönem, portionsweise geteiltem Weißbrot besteht, und zum Getränk Wein verabreicht. In der Regel ißt jeder Irre allein, in den 2 Sälen aber bekommen sie zwar das Essen am großen Tisch, allein entweder gleich abgesondert in Portionen, oder der Wärter und die Wärterin schöpft jedem sein Anteil aus.

Alle in der Anstalt verstorbene Irre werden geöffnet.

Zwangsmittel. — Unter den in der Würzburger Anstalt eingeführten Zwangsmittel zur Bändigung gefährlicher, oder rasender Irren zeichnet sich zunächst der Zwangssessel aus; ein nach gewöhnlicher Form aus Eichenholz verfertigter, am Sitz und den Lehnen mit Pferdehaaren gepolsterter und mit Leder überzogener Sessel. Der Sitzkasten ist zugerichtet wie ein Nachtstuhl, oben ebenso ausgeschnitten und zur Reinigung des hineingesetzten Geschirres nach hinten offen. An der Rückenlehne ist ein breiter lederner Gurt, und an diesen sind 2 kleinere mit Schnallen versehene Gurte angebracht. Der breite Gurt befestigt den Irren um die Brust. Durch die beiden kleineren, mittels Schnallen mehr oder weniger eng zu verschließende Gurte werden die Oberarme fixiert. Aehnliche lederne Riemen sind an den Seitenlehnen zum Befestigen der Vorderarme und am vorderen Unterteile des Stuhles zum Fixieren der Beine angebracht. Unten ist ein Brett, auf welchem die Füße ruhen und oben unter der Brust ist ein Vorlagbrett nach Art der Kinderstühle. Auf diesem Sessel hat der Irre eine bequeme sitzende Stellung und ist dennoch des Gebrauchs aller seiner Glieder beraubt. Solche Sessel waren auf der männlichen und auf der weiblichen Abteilung in allem zwei vorhanden. Der Arzt erklärte diese Einrichtung für durchaus notwendig, sowohl einen Irren zu bändigen als auch in eine schickliche Lage zu bringen, in der die zur Cur angezeigten Mittel — z. B. Abrasieren der Haare, Applicationen von Bähungen angewandt werden können, die Irren 5—6 Tage ohne Nachteil ihrer Gesundheit befestigt werden können. Bei längerer Dauer schwellen aber leicht die Füße an. Eine zweite nützliche Vorrichtung ist die Zwangsweste von starkem leinenem Zeug, oder sogenanntem Zwillich, welche nicht vorn, sondern hinten offen ist und nach dem Anziehen auf dem Rücken mit starken Schnüren zugebunden wird. Die Aermel sind noch einmal so lang als die Arme und da, wo die Hand steckt, etwas enge. Ist die Weste angezogen, und sind die Arme hineingesteckt, so werden die Aermel vorne kreuzweis über einander geschlagen und auf dem Rücken zusammen gebunden. Dies sehr gelinde, völlig unschädliche Zwangsmittel macht den Irren unfähig seine Arme zu gebrauchen und damit Schaden zu tun. Für Rasende, welche besorgen lassen, daß sie den Hirnschädel einstoßen möchten, ist eine lederne, mit Roßhaaren ausgepolsterte, unter dem Kinn zu befestigende Kappe bestimmt. Auch dies Kleidungsstück ist sehr zu seinem Zweck passend, bringt keinen Nachteil und wird von den Irren dennoch sehr gefürchtet. Zum Anschließen ganz rasender Irren dient ein schon bei der Frankfurter Anstalt erwähnter Leibgürtel mit Seitengurten zum Befestigen der Arme. Am Leibgürtel ist ein eiserner Ring angebracht, an dem eine eiserne Kette angeschlossen werden kann.

Soweit die Nachrichten von der Organisation der Würzburger Anstalt.



Einige Bemerkungen über das Ganze der Anstalt. — Der würdige
\rzt dieser Anstalt, Herr Hofmedicus *Müller*, der solche regelmäßig alle
Aorgen um 8 Uhr besucht, machte die Commissarien sogleich darauf
.ufmerksam, wie weit dieselbe von ihrer Vollkommenheit noch entfernt
ei. Unter die Hauptmängel rechnet er die noch nicht genugsame Tren-
ıung der heilbaren von den unheilbaren Irren; ganz vorzüglich den Man-
;el eigener, von der Anstalt völlig getrennter Reconvalescenten-Zimmer.
Er versicherte in dieser Hinsicht: er habe oft bei schon in der Genesung
ıegriffenen Irren gänzlichen Stillstand der Besserung, ja neue Rückfälle
inzig dadurch entstehen sehen, weil er sie nicht von den anderen habe
ıbsondern können. Merkwürdig war in dieser Hinsicht eine uns von ihm
nitgeteilte Geschichte eines Irren, der, schon völlig genesen, noch ein
Paar Monate in der Anstalt bleiben sollte, um während dieser Zeit sein
Betragen genau beobachten zu können. Er entlief aber mit Hinterlassung
ines Briefes, in welchem er dem Arzt meldete: er fühle, daß er bei länge-
em Aufenthalt unter den Irren ganz gewiß rückfällig werden würde, er
volle sich daher bis zu der für seine definitive Entlassung festgesetzten
Zeit an einem anderen Orte aufhalten, sich dann aber zur weiteren Unter-
uchung sistieren. Er hielt Wort und wurde völlig hergestellt entlassen.

Herr Hofmedicus *Müller* empfahl daher dringend, daß bei der neu
:u errichtenden Anstalt zu Schönau gleich bei der ersten Anlage für ab-
;esonderte Reconvalenscenten-Wohnungen zu sorgen sei. Ferner gebricht
s der Anstalt nach der Bemerkung des Arztes an einem vernünftigen,
;ebildeten Mann und einer Frau, welche durch einen, auf die Individuali-
ät der Irren berechneten Zuspruch, angemessene Unterhaltung, bis-
veilen selbst durch Begleitung der Irren auf ihren Promenaden, diese
ıufheitert, und auf solche Weise selbst zu ihrer Heilung vieles beitragen
önnte. Sind der Verwalter und seine Frau gebildete und menschen-
reundliche Menschen, so könnte man ihnen diese wohltuende, aber frei-
ich auch beschwerliche Bemühung übertragen.

Wenn überhaupt begründet ist, was *Cox* in seinen praktischen Be-
nerkungen über Geistes-Zerrüttungen (aus dem Englischen übersetzt
Halle 1811 S. 50—51) sagt: „Die verschiedenen Mittel, deren man sich
ur Heilung der Verrücktheit bedienen kann, sind entweder psychische
Einwirkungen oder solche Stoffe, die man gewöhnlich Arzneien nennt.
Zu den ersteren gehört die moralische Behandlung der Kranken, worauf
bei der Cur der Verrückten sehr viel ankommt, die in jedem Fall durch-
ıus notwendig ist, und durch welche sich nicht selten die Heilung be-
wirken ließ, wenn die Anwendung der wirksamsten Mittel ohne Erfolg
war. — Die Kunst die Kranken zu behandeln ist ein Resultat der Erfah-
rung und der natürlichen Gaben des Arztes; sie besteht zum Teil in Ge-
wandheit des Benehmens und zeigt sich vorzüglich darin, daß auf die
Sinne des Kranken ein schicklicher Eindruck gemacht werde. Es kann
nicht zu oft wiederholt werden, daß selbst bei der medicinischen Be-
handlung der Verrückten der Arzt nie ohne jene zarte Teilnahme sei,
welche das Leiden unserer Brüder immer erregen sollte; er sorge bloß
dafür, daß dies Gefühl nicht beschränkend auf seine Festigkeit und Geistes-
gegenwart einwirke. Der wütende Tobsüchtige ist für zarte Eindrücke
ebensowohl empfänglich, als der unglückliche Schwermütige, und ein



leutseliges Benehmen läßt die Annäherung eines Arztes wie die Sendung eines Schutzengels, der Ruhe und Trost bringt, erscheinen; dahingegen die Besuche des Rohen und Gefühllosen denen eines Dieners der Rache und der Zerstörung gleichen.“ — So dürfte bei solchen Anstalten sehr viel auf eine zweckmäßige, moralische Behandlung des Irren von Seiten seiner ganzen Umgebung als hauptsächlich des Arztes ankommen; wie vorzüglich Herr Hofmedicus *Müller* diese Eigenschaft zu besitzen scheint, mag wohl aus folgendem hervorgehen. Eine Frauensperson, die in einem angesehnem Hause gedient hatte, wurde wahnsinnig und in das Julius-Spital gebracht. Das Zusammentreffen verschiedener widriger Umstände, darunter eine fehlgeschlagene Heirat, mochten dies bewirkt haben. Ihr Wahnsinn stieg so, daß sie angeschlossen werden mußte. Bei den jedesmaligen Besuchen des Arztes tobte und schimpfte sie außergewöhnlich stark. Mehrere angewandte Mittel blieben fruchtlos. Herr Hofmedicus *Müller* sann lange über die Ursache dieses Wahnsinns nach, bis er ihn endlich in ihrem Stolz gefunden zu haben glaubte und daher einen Versuch zur Heilung auf diese Voraussetzung zu machen beschloß. Nach vorheriger Verabredung mit der Wärterin besuchte er eines Morgens, in Gegenwart derselben, die Verrückte. Er drückte zuerst sein Erstaunen aus, warum diese Jungfer, welche von guter Familie und Erziehung sei, in ein so enges, schlecht eingerichtetes Zimmer gesperrt und gar angeschlossen sei. Diese unwürdige Behandlung müsse aufhören und die Kranke in ein anderes, angemessenes Zimmer gebracht und dort mit der gebührenden Achtung behandelt werden. Bei seinem Abgehen befahl er der Wärterin noch ausdrücklich, die nötigen Anstalten sogleich zu machen. Die Verrückte, welche der ganzen Unterhaltung ungemein aufmerksam und still zugehört hatte, ließ sich von der Wärterin ganz ruhig entfesseln und auf das andere Zimmer bringen. Hier wurde ihr ein besseres Bett, bessere Kost gereicht und sie selbst achtungvoller behandelt, das alles sehr guten Eindruck zu machen schien. Am folgenden Tage besuchte sie der Arzt und fand sie merklich besser. Er setzte daher diese Behandlung fort, und in acht Tagen war die Verrückte hergestellt, aus dem Spital entlassen.

Unvollkommenheit der Würzburger Anstalt. — Eine Hauptunvollkommenheit der Würzburger Anstalt scheint in dem Mangel an streng bindenden Instruktionen für die Wärter und die dadurch entstehenden Fehler in der Verpflegung und Säuberung der Irren und ihrer Gemächer zu liegen. Dieser Fehler ist wohl hauptsächlich darin begründet, daß die Wärter, wie schon oben bemerkt, nicht unter der unmittelbaren Aufsicht eines tüchtigen Verwalters, sondern bloß unter der Administration des gesammten Spitals stehen, welche nicht jeden einzelnen Mangel beobachten kann. Auffallend war auch die schlechte Verwahrung der Türen und Fenster, überhaupt die Vernachlässigung der nötigen Sicherheitsmaßregeln. Am Tage der Anwesenheit der Commissarien hatte sich gerade eine Irre die schlechte Beschaffenheit eines Schlosses, das, wie oben schon angeführt, ein Wärter von innen, ohne Schlüssel öffnen konnte, zu Nutze gemacht und war entflohen. Vor nicht langer Zeit hatte sich ein anderer Irre an dem Kloben des in seinem Zimmer sehr unzweckmäßig angebrachten Zapfenbrettes erhängt, nachdem ihm zuvor der

Versuch hierzu an dem Zapfenbrett selbst, welches nachgab, fehlgeschlagen war.

Da der Zutritt zu den Fenstern allenthalben frei, durch kein Gitterwerk verwahrt ist; so war es nicht zu verwundern, daß in mehreren Zimmern die Fenster, soweit man mit den Händen reichen kann, zerschlagen waren, wodurch beständige Reparaturen nötig gemacht werden.

Daß fast alle Zimmer mit steinernen Platten belegt sind, scheint der dadurch erzeugten Kälte und Feuchtigkeit wegen ungesund zu sein. Die sogenannten, für Rasende bestimmten Blockzimmer sind ihrer Construction nach ein allzu ungesunder Aufenthalt, als daß man ihnen Beifall schenken könnte. Auch gleichen sie mit dem anstoßenden, einen großen Misthaufen darstellenden Hofe eher Viehställen als Wohnungen für Menschen, denen, wenngleich noch so tief gesunken, immer Ansprüche auf menschliche Behandlung zustehen.

Vorzüge der Würzburger Anstalt. — Nach Aufzählung ihrer Gebrechen müssen auch die Vorzüge erwähnt werden, durch welche sich die Würzburger Anstalt auszeichnet.

Hierher ist vorzüglich die sorgfältige Behandlung der Irren durch einen ebenso geschickten wie menschenfreundlichen Arzt zu rechnen. Das ausgezeichnet glückliche Verhältnis der Geheilten zu den Ungeheilten giebt hiervon den sichersten Beweis. Dies Verhältnis ist so, daß von den gleich zu Anfang ihrer Krankheit aufgenommenen Irren der dritte Teil und sehr oft mehr hergestellt werden. Über diesen Punkt wurden noch mehrere, in medicinischer Hinsicht interessante, jedoch hierher nicht gehörige Notizen von dem Herrn Hofmedicus *Müller* mitgeteilt. Sehr zweckmäßig scheint ferner die Vereinigung der verträglichen unheilbaren Irren in einem oder mehreren Sälen. Wieviel dadurch die Aufsicht erleichtert wird und an Heizung, an Wartung und Licht erspart wird, ergiebt sich von selbst.

Daß die Beköstigung der Irren sehr gut sei, ist schon bemerkt; noch mehr beweist dies das gute Aussehn und die Wohlbeleibtheit derselben. Die Benutzung der Knochen zu Suppen und der zum Zerstampfen derselben eingeführte Apparat verdienen in jeder ähnlichen Anstalt nachgeahmt zu werden. Von den eingeführten Zwangsmitteln zur Bändigung und Befestigung tobender Irren ist schon bemerkt, daß sie sehr zweckmäßig sind und allen ähnlichen Gerätschaften zu machenden Forderungen Genüge leisten.

Parallele zwischen der Frankfurter und Würzburger Anstalt. — Bei einer Parallele der Frankfurter und Würzburger Anstalt kann nur die Würzburger Anstalt gewinnen; wenn gleich die Befestigungsmittel bei ihr geringer sind, so hat sie doch die größeren Vorzüge der Absonderung beider Geschlechter, der besseren Einteilung des Locals und der Nahrung, so wie der größeren Reinlichkeit, Ordnung und einer vorzüglichen medicinischen Behandlung. Beide haben aber teils in den Befestigungsmitteln, teils durch andere Gegenstände, wie z. B. die Zapfenbretter zu Würzburg, den Nachteil, daß sie in den Irrenzimmern zuviel horizontale Hervorragungen darbieten, wodurch das Erhängen erleichtert wird. Hierzu kommt noch bei der Frankfurter Anstalt die kostspieligere Heizung durch einen eigenen Ofen in jedem Zimmer, welche beide Un-



vollkommenheiten besonders schon in dem ersten Plan für Schönau vermieden waren.

Anwendung auf die Schönauer Anstalt. — Da es zunächst der Zweck der Reise war, die beschriebenen Anstalten mit der projectierten in Schönau zu vergleichen, das Gute was sich darin vorfand, zu adoptieren und die anderwärts bestehenden Mängel zu vermeiden, so bemerken die Commissarien in dieser Hinsicht folgendes:

Das geräumige Locale, der große Hof, mehrere große, von einander abgesonderte Gärten, der vorbeifließende, zu Bädern so bequem zu benutzende Bach sind wesentliche Vorzüge der Schönauer Anstalt vor jenen in Frankfurt und Würzburg.

Mehrere der in dem desfalsigem früherem Plan getroffenen Dispositionen sind bereits so zweckmäßig, daß sie keine Abänderung leiden können. Hierher gehören die Benutzung des Raumes und die Verteilung der Zimmer im Allgemeinem, die Classification der Zimmer, die zur Sicherung der Fenster und Türen getroffenen Maßregeln, die Construction der Nachtstühle, die Einrichtung der Badeanstalten; es scheinen die hierüber von den Commissarien früher getanen Vorschläge zweckmäßiger zu sein, als die beiden Anstalten in Frankfurt und Würzburg solche aufzuweisen haben.

Die wichtigsten Modificationen welche sonach in dem Schönauer Bauplan allenfalls noch zu machen wären, beziehen sich: 1. auf die Anlegung abgesonderter Reconvalescenten-Zimmer nach von den Ärzten in Frankfurt und Würzburg gemachten Erinnerungen.

2. Auf Anlegung eines Saales im unteren Stockwerk jeder Abteilung für unheilbare, verträgliche Irre und eines eigenen Abtritts für den unteren Stock des Abteilhauses.

3. Auf Belegen der Gänge mit Steinplatten, wodurch Reinlichkeit befördert und Feuergefahr vermindert wird.

4. Auf das Anbringen kleiner Läden in den Türen (die sich überhaupt da, wo das Locale es erlaubt, nach außen öffnen müssen) der Zimmer für tobende Irre, um selben ihre Nahrung reichen zu können, ohne nötig zu haben die Zimmertüren zu öffnen.

5. Auf das Beschlagen der Wände mit eichenen Dielen in den Zimmern der gefährlichsten Kranken.

6. Auf die in der Küche anzubringende Vorrichtung zum Zerstampfen der Knochen.

Die weiteren Vorschläge über die Administration der Anstalt, Verpflegung, Verköstigung der Irren, innere Hauspolizei, Instructionen für die Hausofficianten, könnten demnächst, sobald es nötig sein wird, in einem eigenen Berichte vorgelegt und dabei das, was hier bloß historisch erzählt ist, gehörig berücksichtigt werden.

Wiesbaden d 6ten May 1812.

gez. *Zengerle* gez. *Sandfort.*

Emil Sioli † [1]). — Vor 8 Tagen haben wir am Grabe *Emil Siolis* gestanden. Lassen Sie uns heute noch einmal sein Gedächtnis ehrend

[1]) Nachruf, gehalten im ärztlichen Verein zu Frankfurt a. M. am 26. Juni 1922 von *K. Kleist.*



zurückrufen! Es ist das Leben eines tatkräftigen Mannes, eines beweglichen Geistes mit reichen organisatorischen Gaben, eines Arztes von vornehmlich praktischer Veranlagung, dessen Tun doch von wissenschaftlichem Geiste getragen war.

Im Jahre 1852 ist er geboren. 1870 zieht der 17 jährige von der Schulbank als Kriegsfreiwilliger ins Feld. Er lebt als Student in bedrängten Verhältnissen und erwirbt sich durch Stundengeben einen Teil seines Lebensunterhaltes. Wir sehen den jungen Arzt in Straßburg, in der von ihm miterkämpften alten und immer deutschen Stadt, an der neugegründeten Universität. Dort ist er unter *Waldeyer* Assistent am anatomischen Institut. Aber bald wendet er sich von der theoretischen zur praktisch-klinischen Medizin und zur Psychiatrie. In der Anstalt Nietleben bei Halle sieht er unter *Koeppe* die ersten Versuche möglichst freier Behandlung und ländlicher Beschäftigung von Geisteskranken. Er geht zu *Westphal* nach Berlin, wo er bald erster Assistent wird, und empfängt von *Westphal* und von *Wernicke*, mit dem er einige Jahre an der Charité zusammenwirkt, bedeutsame Eindrücke und Anregungen. Es entstehen einige kleinere teils psychiatrische, teils neurologische Arbeiten. Im Jahre 1881 erhält er die Stelle des Oberarztes an der Irrenanstalt Leubus in Schlesien. Hier erregt er Aufsehen bei der vorgesetzten Behörde durch einen sorgsamen wissenschaftlich begründeten Bericht über die schlechten Ernährungsverhältnisse der Anstalt mit Vorschlägen zu zweckmäßiger Krankenernährung. So überträgt die schlesische Provinzialverwaltung schon 2 Jahre später dem 31 jährigen die Leitung der Anstalt Bunzlau. Neben wesentlichen Verbesserungen im Anstaltsbetriebe und in der Krankenbehandlung — er richtet hier sogleich die ländliche Beschäftigung ein — verdanken wir den Jahren in Bunzlau und Leubus seine bedeutendste wissenschaftliche Arbeit „Über direkte Vererbung von Geisteskrankheiten" (Archiv für Psychiatrie 16, 1885). Diese Arbeit ist der Ausgangspunkt genauer Erblichkeitsforschung in der Psychiatrie. Allerdings hat es lange gedauert, bis ihre Bedeutung und die dieses gesamten Forschungsgebietes allgemeine Anerkennung gefunden hat. *Sioli* räumte mit der *Morel*schen Lehre von der progressiven Vererbung auf und zeigte, daß, wo überhaupt Vererbung vorkommt, diese überwiegend gleichartig geschieht, sowohl bei den „einfachen" Psychosen (Manie und Melancholie), beim zirkulären Irresein und den periodischen Psychosen, als auch bei den „komplizierten und atypischen" Psychosen mit vorwiegend ungünstiger Prognose (nach heutiger Auffassung wohl Katatonien) und bei den „Verrückten" (unseren heutigen Paranoiden). *Sioli* sah ferner schon, daß die Erblichkeitskreise jeder dieser Krankheitsgruppen sich gegenseitig ausschließen, während Manie, Melancholie und zirkuläre Erkrankungen sich in der Erbfolge regellos vertreten können, so daß auf eine innere Verwandtschaft derselben geschlossen werden darf. So ist er ein Vorläufer der Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins von *Kraepelin*. Auch abnorme Charaktere in Familien Geisteskranker und ihre Verwandtschaft mit den ausgesprochenen Psychosen hat er schon beschrieben, Dinge, die erst neuerdings wieder in der genaueren Erforschung zykloider und schizoider Psychopathen zur Geltung gekommen sind.

Später hat sich *Sioli* noch mit zwei wissenschaftlichen Fragen ein-



gehender befaßt: mit den **asozialen und kriminellen Imbezille** und mit der **vergleichenden Psychopathologie der Völker.**

Die Untersuchungen über Imbezillität liegen leider nur in eine ausführlichen, auf der Psychiatenversammlung 1899 (A. Z. f. Ps. 190 erstatteten Referat vor. Hier wie auch sonst öfter hat *Sioli* wertvol Gedanken vorgebracht und eine Strecke weit verfolgt, dann aber — wo im Drange anderer Geschäfte — nicht erschöpfend ausgearbeitet. De Begriff der Imbezillität faßt *Sioli* sehr weit und ordnet ihm nicht nu die Schwachsinnigen, sondern auch die nicht oder nur unerheblich geiste schwachen Abnormen unter, die als kriminelle und asoziale Naturersche nen. Wenn auch diese Einreihung zahlreicher Psychopathen in den Ral men der Imbezillität nicht glücklich und heute verlassen ist, so ge doch aus *Siolis* Untersuchungen hervor, daß gewisse Psychopathe besonders die Haltlosen und Unsteten, dem Schwachsinn nahestehe indem auch sie Entwicklungshemmungen darstellen, nur nicht oder nic hauptsächlich auf dem Gebiete der Intelligenz, sondern auf dem d Charakters und des Gefühlslebens. Trotzdem *Sioli* diese Abnormen auc als Imbezille bezeichnet, lehrt er ausdrücklich, daß bei vielen derselbe ein deutlicher Schwachsinn überhaupt nicht nachgewiesen werden könn und hat dadurch die Kenntnis dieser Psychopathen wesentlich geförder In der Arbeit über Völkerpsychopathologie (Festschr. d. 39. Vers. d. anthropol. Ges. Frankfurt 1908) tritt wie in der über Erblichkeit d besondere Zug seiner wissenschaftlichen Begabung sehr deutlich hervo die Veranlagung für Massenbeobachtung und statistische Beurteilun Von hervorragender Bedeutung erscheint mir seine kritische und treffend Stellungnahme zum Einfluß der Kultur auf die Art und Häufigkeit de Geisteskrankheiten. Man muß sich wundern, daß nach diesen klaren Aus führungen immer noch gelegentlich behauptet wird, die Kultur führ zu einer Zunahme der Geisteskrankheiten. Kranke aus niederen Kultur kreisen kommen vielmehr nicht oder seltener in Anstalten; ebenso is der Unterschied von Stadt und Land zu werten. Das gilt auch für di Paralyse, die auch bei Unkultivierten vorkommt, deren demente Forme dort aber fast nie zur ärztlichen Kenntnis gelangen. Was die Unterschied zwischen den einzelnen Völkern und Rassen anlangt, so bestehen woh gewisse Verschiedenheiten, die bisher nur hinsichtlich der Juden genaue erforscht sind (*Sichel*, *Pilcz*); die Hauptarten geistiger Störungen kom men aber bei allen Völkern vor.

Siolis enges Verhältnis zur Wissenschaft zeigte sich nicht nur i seinen eigenen Arbeiten, sondern auch in der Wahl seiner Mitarbeiter in dem Interesse und der Förderung, die er ihren Forschungen entgegen brachte. In dieser Beziehung stand seine Anstalt, an der *Nissls* und *Al heimers* erste Arbeiten entstanden, unter den deutschen Irrenanstalten einzig da und war ein wissenschaftliches Institut ersten Ranges lange vor Gründung der Frankfurter Universität.

Wenden wir uns nun zu *Siolis* praktisch-psychiatrischer Tätigkeit, die sich bald auf ihren Höhepunkt erhebt, nachdem der 36 jährige 1888 als Nachfolger *Hoffmanns* nach Frankfurt berufen worden war! Er über nimmt die 1864 vollendete, aber schon veraltete Anstalt, deren Auf nahmen zuletzt bis auf 27 im Jahr gesunken waren. Er beseitigt alle

iwangsmaßnahmen, mit denen auch fast das gesamte alte Pflegepersonal
ie Anstalt verläßt, er erweitert die Bettbehandlung, richtet Bäder-
ehandlung ein und kann schon im nächsten Jahre 167 Kranke neu auf-
ehmen. Die jährlichen Zugänge sind weiterhin bis auf über 1500 ge-
tiegen. In den Jahren 1890—1894 werden die von *Sioli* eingehend be-
ründeten Um- und Neubauten dank der Einsicht und Freigebigkeit
er Städtischen Behörden geschaffen und die Anstalt dadurch auf viele
ahre hinaus zu einer mustergültigen gemacht (Beseitigung von Zellen,
chaffung von Wachsälen, Dauerbädern, Veranden und Liegehallen).
Veitere bauliche Ergänzungen — Operationssäle, Kinderbaracken, La-
oratorien — folgten bis zum Jahre 1910. Die Gedanken, die ihn bei
ll diesen Neuerungen leiteten, hat er in zahlreichen Vorträgen, Referaten
nd Diskussionsbemerkungen, von denen leider auch nur ein geringer
'eil ausführlich veröffentlicht ist, dargelegt. Die Städtische Irrenanstalt
ollte ein „Stadtasyl" für alle akuten und kürzer dauernden Psychosen
ein, ein Krankenhaus wie andere, mit den freiesten Aufnahmebedingungen
nd „mit allen Einrichtungen einer Irren- und Nervenklinik" (A. Z. f.
's. 1900, S. 600 u. 1903, S. 971).

Die besonderen Aufgaben der Großstadtpsychiatrie erfaßte er mit
icherem Urteil und mit der ihm eigenen zugreifenden Tatkraft. Als mit
lem Wachstum der Stadt, der von *Sioli* durchgesetzten Erleichterung
ler Aufnahmen und der Verbesserung des Krankentransportwesens die
'rinkeraufnahmen gewaltig anstiegen, schuf er eine Trinkerheilstätte
m Taunus (Teichmühle), die mit einer Kolonie für arbeitende Geistes-
ranke verbunden war (Ps.-n. W. XI, S. 25). *Siolis* Anstalt war die erste,
n der eine besondere Abteilung für abnorme Kinder eingerichtet wurde,
ind an der Arzt, Lehrer und Kindergärtnerin einträchtig in der Behand-
ung und Heilerziehung zusammenwirkten (vgl. III. Internat. Kongr. f.
rrenfürsorge in Wien 1908). Weitblickend sah er in der Angliederung
olcher Abteilungen ein vorzügliches Mittel, um das immer noch rege Miß-
rauen der Bevölkerung gegenüber psychiatrischen Krankenanstalten zu
eseitigen. So konnte es nicht ausbleiben, daß in immer wachsender
'ahl auch die Grenzfälle zwischen Geistes- und Nervenkrankheiten und
Kranke mit rein nervösen Leiden in der Anstalt Hilfe suchten. Und
lies wurde der Anlaß für *Siolis* letzte und schönste Schöpfung: die im
Jahre 1913 eröffnete Nervenheilstätte bei Köppern i. T.

Mit der Gründung der Universität Frankfurt a. M. 1914 wuchs ihm
uch das akademische Lehramt und die Aufgabe zu, seine Anstalt den
'wecken einer Universitätsklinik anzupassen. Ein Übermaß von Arbeit
— fast alle seine Ärzte im Felde —, die beginnenden Erscheinungen des
Alters und manche äußere Hemmungen verhinderten ihn, diese letzten
Aufgaben zu bewältigen. Im Herbst 1919 trat er zurück und bezog das
Landhaus, das er sich in der Nähe seiner Lieblingsschöpfung bei Köppern
erbaut hatte. Lebensfroh und tätig im Garten und Feld hat er auch die
2½ Jahre seines Ruhestandes verlebt, bis Anfang Juni eine Embolie der
r. Art. femoralis und eine anschließende Gangrän des Beines diesem
reichen und tätigen Leben ein Ziel setzte (16. 6. 1922).



An den Wiener Fondskrankenanstalten sollen jetzt zwei Konsiliarärzte für Neurologie angestellt werden. Die Stellen sind ausgeschrieben.

Unterbringung nervöser Kinder in Arztfamilien (vgl. Bd. 77, S. 431). — Der Gedanke, nervöse Kinder zur Erziehung und Beobachtung in Arztfamilien unterzubringen, hat Anklang gefunden. Es werden jedoch weitere Meldungen von Ärzten, die Kinder aufnehmen wollen, erbeten. Anfragen und Meldungen sind zu richten an das Organisationsamt für Säuglings- und Kleinkinderschutz des Kaiserin Augusta Viktoria-Hauses, Berlin-Charlottenburg, Mollwitz-Frankstraße, z. Hd. von Dr. *Pototzky*, Leiter der Poliklinik für nervöse und schwer erziehbare Kinder.

Medizinisch-literarische Zentralstelle. — Der bisherige Leiter, Oberstabsarzt a. D. *Berger*, hat aus Gesundheitsrücksichten die Leitung der Med.-lit. Zentralstelle niedergelegt. Für ihn ist sein langjähriger Mitarbeiter Dr. *M. Schwab*, Berlin W. 15, Pariserstraße 3, eingetreten, der auch die Verwaltung der Sonderdruckzentrale übernommen hat, und an den fortan alle Zuschriften zu richten sind.

Die Heinrich Laehr-Stiftung (vgl. Bd. 77, S. 213) hat in der Zeit vom 1. 4. 1921 bis 1. 7. 1922 der Darlehnskasse Berlin 11800 M. zurückgezahlt, so daß die Höhe der Schuld an diese wenigstens nicht mehr den Beleihungswert der verpfändeten Papiere übersteigt. Das Vermögen der Stiftung setzte sich am 1. 7. 1922 zusammen aus

5 000	M.	3% Preuß. Konsols	alles der Darlehnskasse Berlin verpfändet; die Konsols im Preußischen Staatsschuldbuch, 202 5000 M. 5% Kriegsanleihe im Reichsschuldbuch eingetragen.
100 000	„	3½% „ „	
37 000	„	4% „ „	
309 000	„	5% Kriegsanleihe	
63 000	„	4½% Reichsschatzanweisungen	

3549,36 M. Guthaben bei der Braunschweigischen Bank.

Dem gegenüber stehen Schulden in Höhe von 315 700 M., darunter 300 700 an die Darlehnskasse Berlin.

Personalnachrichten.

Dr. *Heinrich Vogler*, 1. Oberarzt in Deggendorf, ist zum Landgerichtsarzt am LG. München I und zum Leiter der neuen psychiatr. Abt. beim Untersuchungs- und Strafvollstreckungsgefängnis Stadelheim,



Dr. *Peter Neu*, San.-R., Dir. des aufgehobenen Landarmenhauses in Trier, zum Dir. der Prov.-Anstalt Düren.
Dr. *Wilhelm Korte*, Oberarzt in Eglfing, zum 1. OA. in Deggendorf,
Dr. *Josef Klüber*, OA. in Erlangen, zum Direktor von Klingenmünster,
Dr. *Georg Pütterich*, Direktorialverweser in Frankental, zum Direktor daselbst,
Dr. *Friedrich Utz*, OA. in Erlangen, zum Direktor von Gabersee,
Dr. *Krisch*, Priv.-Doz., zum Oberarzt der psychiatr. Klinik zu Greifswald.
Dr. *Hans Weyermann*, OA. in Werneck, zum Direktor von Kutzenberg,
Dr. *M. Pappenheim*, Priv.-Doz., zum Primararzt am Versorgungsheim der Stadt Wien und
Dr. *Alex. Brutzer*, Ass.-A. an der städt. Irrenanstalt in Breslau, zum Kreisassistenzarzt in Breslau ernannt worden.
Dr. *Wilhelm Weidenmüller*, Oberarzt in Jerichow, ist nach Nietleben,
Dr. *Rapmund*, OA. an der Prov.-Anst. Göttingen, nach der Landespflegeanstalt Wunstorf,
Dr. *Henry Wolfskehl*, Reg.-Med.-Rat, ist von Allenstein nach Höchst a. M. versetzt worden.
Dr. *Gustav Hecker*, Stadt-Obermed.-R., San.-R., Dir. d. 3. Abt. der Heilanstalt Dresden, beging am 1. 10. 22 sein 25jähr. Dienstjubiläum.
Dr. *Josef Peretti*, Geh. San.-R., Dir. von Grafenberg, bisher a. o. Mitglied und Dozent an der Akademie Düsseldorf, ist zum ord. Mitglied und Professor ernannt worden.
Dr. *Poppelreuter* und
Dr. *Franz Sioli*, Oberärzte in Bonn, haben die Dienstbezeichnung ao. Professor,
Dr. *Emil Redlich*, ao. Prof. in Wien, den Titel eines ord. Professors,
Dr. *Emil Mattauschek*, Priv.-Doz. in Wien, den Titel eines ao. Professors erhalten.
Dr. *Emil Sioli*, Geh. San.-R., früher Dir. der Frankfurter Anstalt u. o. Prof. der dortigen Univ., ist in Friedrichsdorf i. T. im 70. Lebensjahre,
Dr. *Gustav Scholinus*, San.-Rat, Dir. der Privatanstalt zu Berlin-Pankow, am 30. Juni durch Herzschlag gestorben.

Die andauernd steigenden Herstellungskosten zwingen dazu, von Band 79 ab Einzelberechnung eines jeden Heftes eintreten zu lassen. Den Abonnementspreis für alle acht Hefte, deren Erscheinen sich auf nahezu ein Jahr erstreckt, im voraus festzulegen, ist angesichts der Verhältnisse unmöglich.

Die Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie, dessen Organ die „Allg. Zeitschrift für Psychiatrie“ ist, erhalten denselben prozentualen Nachlaß wie beim 78. Band, also 16²/₃% vom jeweiligen Ladenpreis.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH **BONHOEFFER** BERLIN **FISCHER** WIESLOCH **KLEIST** FRANKFURT A. M. **MERCKLIN** TREPTOW A. R

PERETTI GRAFENBERG **STRANSKY** WIEN

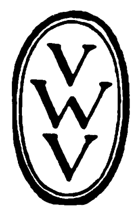
DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE-NÖSCHENRODE A. H., MÜHLENTAL 3

ACHTUNDSIEBZIGSTER BAND

LITERATURHEFT



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER VEIT & COMP.

1923

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1920

REDIGIERT

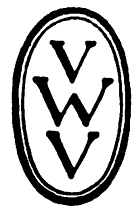
VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

LITERATURHEFT

ZUM 78. BANDE
DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.
1923

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURBERICHT ZU BAND LXXVIII

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1920

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

AUSGEGEBEN AM 16. APRIL 1923



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G.J.GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER VEIT & COMP.

1923.

1. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: E. Hirt, München-Pasing.

1. *Adamkiewicz, Albert* (Wien), Die Eigenkräfte der Stoffe, das Gesetz von der „Erhaltung der Materie" und die Wunder im Weltall. Bibliothek für Philosophie, herausgegeben von L. Stein, Bd. 17. Berlin, Simion Nachf. 95 S.
2. *Aigner, Ed.* (München), Okkultismus und Wissenschaft. Vortragsbericht: Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 1335.
3. *Baade, Walter*, Zur Lehre von den psychischen Eigenschaften. Festschrift zum 70. Geburtstage von Prof. G. E. Müller. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 1—4.
4. *Baerwald, Richard*, Okkultismus, Spiritismus und unterbewußte Seelenzustände. Leipzig, G. B. Teubner. 2,65 M.
5. *Bickel, Heinr.* (Bonn), Psychologie und Philosophie im Studienplan der Mediziner. Berl. klin. Wschr. Nr. 31, S. 747.
6. *Bouman, L.*, und *Grünbaum, A. A.*, Kasuistischer Beitrag zur Vorstellungspsychologie. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 5 u. 6. (S. 17*.)
7. *Brown, William*, The Revival of Emotional Memories and its Therapeutic Value (I und IV). The British Journal of Psychology vol. I, part. 1.
8. *Bumke, Oswald* (Breslau), Über unbewußtes psychisches Geschehen. Ztchr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 56, S. 142.
9. *Bumke O.* (Breslau), Denkpsychologie und Psychiatrie. Vortrag, Versammlung Ostdeutscher Psychiater und Neurologen, Breslau, Juli 1920. Eigenbericht: Neurol. Zentralbl. Erg.-Bd. S. 329.
10. *Mc Dougall, W.*, Motives in the Light of Recent Discussion. Quarterly Rewiew of Psychology and Philosophic vol. XXIX, N. S., Nr. 115.
11. *Mc Dougall, W.*, The Revival of Emotional Memories and its Therapeutic Value (III). The British Journal of Psychology vol. I, part. 1.
12. *Mc Dougall, W.*, A Note on Suggestion. The Journal of Neurology and Psychopathology vol. I, Nr. 1.
13. *Engelen*, Gedächtniswissenschaft und die Steigerung der Gedächtniskraft. München, Gmelin. Verlag der Ärztl. Rundschau. 142 S. 9 M.
14. *Erdmann, Benno*, Grundzüge der Reproduktionspsychologie. Berlin-Leipzig, Vereinigung wissenschaftlicher Verleger. 183 S. 20 M.



15. *Fankhauser, E.*, Über Wesen und Bedeutung der Affektivität. Eine Parallele zwischen Affektivität und Licht- und Farbenempfindung. Julius Springer. Monographien auf dem Gesamtgebiete der Neurol. u. Psych., Heft 19. (S. 19*.)

16. *Fischer, Auguste*, Zur Abwehr. Ztschr. f. Psych. Bd. 83, H. 3 u. 4. (S. 10*.)

17. *Forel, O. L.* (Waldau, Bern), Le rythme. Étude psychologique. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26.

18. *Forster, E.* (Berlin), Über unbewußtes psychisches Geschehen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 62, S. 234.

19. *Frank, Ludwig* (Zürich), Seelenleben und Erziehung. Zürich und Leipzig, Grethlein. 334 S. (S. 20*.)

20. *Freud, S.*, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Vierte, vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1920.

21. *Friedjung, Josef K.*, Weckträume. Intern. Ztschr. f. Psychoanalyse, VI. Jahrg., 1920.

22. *Friedländer, A.*, Die Hypnose und die Hypnonarkose. Mit einem Anhang: Die Stellung der medizinischen Psychologie (Psychotherapie) in der Medizin. Stuttgart, F. Enke. 121 S.

23. *Friedländer, H.*, Die Wahrnehmung der Schwere. Ztschr. f. Psych. Bd. 83, H. 3 u. 4.

24. *Fröbes, Joseph S. J.*, Lehrbuch der experimentellen Psychologie. 2. (Schluß-) Bd. Freiburg, Herder. 704 S. 60 M. (S. 20*.)

25. *Fröbes, Josef*, Aus der Vorgeschichte der psychologischen Optik. Festschrift zum 70. Geburtstage von Prof. G. E. Müller. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 1—4. (S. 10*.)

26. *Galant, S.*, Algolagnische Träume. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 61, H. 2.

27. *Galant, S.* (Bern-Belp), Arthur Schopenhauers Theorien über Assoziation, Traum und Irrsinn. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 358.

28. *Galant, S.* (Bern-Belp), Mnemelehre, infantile Amnesie, Unbewußtes. Neurol. Zentralbl. Nr. 24, S. 798.

29. *Giese, Fritz* (Nietleben), Psychische Normen für Grundschule und Berufsberatung. Deutsche Psychologie, herausgegeben von Giese, Bd. 3, H. 2. Langensalza, Wendt & Klauwell. 147 S.

30. *Giese, Fritz* (Nietleben), Psychologie und Berufsberatung. Die Bücher der Zeit, Nr. 15. Langensalza, Wendt & Klauwell. 34 S.

31. *Giese, Fritz* (Nietleben), Psychotechnik und Taylorsystem. Die Bücher der Zeit, Nr. 11. Langensalza, Wendt & Klauwell. 32 S.

32. *Giese, Fritz* (Nietleben), Aufgaben und Wesen der Psychotechnik. Langensalza, Wendt & Klauwell. 32 S.

33. *Giese, Fritz* (Nietleben), Das psychologische Übungszimmer. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 58, S. 133.

34. *Giese, Fritz* (Nietleben), Provinzial-Institut für Psychologie Halle a. S., Prachtstraße. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 33/34, S. 274.



35. *Giese*, *Fritz* (Nietleben), Zur Untersuchung der praktischen Intelligenz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 59, S. 64.

36. *del Greco*, *F.* (Aquila), Il „momento“ nella genesi delle nostre azioni. Rivista di psicologia Nr. 2.

37. *del Greco*, *F.*, La istabilità degl „individui“ e le „folle“. Arch. gener. di Neurologia e Psichiatria vol. I, fasc. I.

38. *Gregor*, *Adalbert* (Leipzig), Über die Notwendigkeit einer psychopathologischen Ausbildung von Lehrern und Erziehern. Ztschr. f. pädagogische Psychologie und experimentelle Pädagogik S. 53.

39. *Gregor*, *Adalbert* (Leipzig), Über den Einfluß von Kriegs- und Zeitkomplexen auf die Definitionsleistung bei Kindern. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik S. 379.

40. *Gregor*, *A.*, Zur Bestimmung des Intelligenzalters mittels der Definitionsmethode. Beitr. z. Kinderforschung u. Heilerziehung H. 169.

41. *Groß*, *Otto*, Drei Aufsätze über den inneren Konflikt. Abhandlungen auf dem Gebiete der Sexualforschung Bd. 2, H. 3. Bonn, Marcus & Weber. 4,80 M.

42. *Hahn*, *R.*, Beiträge zur Psychologie des Vorbeiredens mit besonderer Berücksichtigung des kindlichen Verhaltens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 56 u. 59. (S. 17*.)

43. *Hildebrandt*, *Kurt* (Berlin), Forensische Begutachtung eines Spartakisten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 4, S. 479.

44. *Hirschlaff*, *L.*, Hypnotismus und Suggestivtherapie. Zweite, verbesserte Auflage. Leipzig, Joh. Ambr. Barth, 1919. (S. 20*.)

45. *v. Hoeßlin*, *J. K.*, Die Melodie als gestaltender Ausdruck seelischen Lebens. Arch. f. d. ges. Psych. 39. Bd., 3. u. 4. H.

46. *Hoppe*, *Adolf* (Rinteln), Erkenntnistheoretische Fragen der Psychopathologie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 15/16, S. 119.

47. *Hoppe*, *Adolf* (Rinteln), Das religiöse Problem und die Psychopathologie. Vortrag: D. V. f. Psych., Hamburg, Mai 1921. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 5/6, S. 315.

48. *Hurwicz*, *E.*, Die Seelen der Völker. Gotha, Perthes. 8 M.

49. *Jaensch*, Über Grundfragen der Farbenpsychologie. I. *Jaensch* und *Müller*: Über die Wahrnehmung farbloser Helligkeiten und den Helligkeitskontrast. II. *Jaensch*: Parallelgesetz über das Verhalten der Reizschwellen bei Kontrast und Transformation. Ztschr. f. Psych. Bd. 83, H. 5 u. 6. (S. 15*.)

50. *Jaensch*, *E. R.*, Zur Methodik experimenteller Untersuchung an optischen Anschauungsbildern. Festschrift zum 70. Geburtstage von Professor G. E. Müller. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 1—4. (S. 10*.)

50 a. *Jaensch*, *Walther*, Über Beziehungen von körperlichen und psychischen Eigenschaften der Persönlichkeit mit besonderer Rücksicht auf innere Sekretion und klinische Fragen. Vorläufige Mitteilung. Sitzungs-



bericht der Gesellschaft zur Beförderung der gesamten Naturwissenschaft zu Marburg Nr. 5, November 1920. (S. 11*.)

51. *Janet, Pierre*, La Tension Psychologique, ses Degrés, ses Oscillations. The British Journal of Psychologie vol. I, part. I.

52. *Jones, Ernest*, Recent Advances in Psycho-Analysis. The British Journal of Psychology vol. I, part. 1.

53. *Katz, David*, Psychologische Versuche an Amputierten. Festschrift zum 70. Geburtstage von Prof. G. E. Müller. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 1—4. (S. 12*.)

54. *Kauffmann, Max* (Halle a. S.), Suggestion und Hypnose. Vorlesungen für Mediziner, Psychologen und Juristen. Berlin, Jul. Springer. 128 S. 18 M. (S. 20*.)

55. *Keller, H.*, Eine Verbesserung am Hippschen Chronoskop. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 5 u. 6.

56. *Kindborg, Erich*, Suggestion, Hypnose und Telepathie. Ihre Bedeutung für die Erkenntnis gesunden und kranken Geisteslebens. München und Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1920. 98 S.

57. *Kispert, G.*, Das Weltbild ein Schwingungserzeugnis der Hirnrinde. Eine naturwissenschaftliche Grundlage der Psychologie. J. Mich. Müller Verlag, München 1920.

58. *Krisch, Hans* (Greifswald), Psychologie und Psychiatrie und ihre Bedeutung für den medizinischen Unterricht. Med. Klinik Nr. 23, S. 617.

59. *Kroh, Oswald*, Eidetiker unter deutschen Dichtern. Festschrift zum 70. Geburtstage von Prof. G. E. Müller. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 1—4. (S. 12*.)

60. *Levy-Suhl* (Berlin), Vom Wesen der Hypnose. Unter Verwendung kriegsärztlicher Beobachtungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 49, S. 1363.

61. *Lewin, James* (Berlin), Psychologie, Psychopathologie und Psychiatrie. Ein Beitrag zur Neuorientierung in der Psychopathologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 53, H. 5, S. 325.

62. *Lewy, F. H.* (Berlin), Die Grundlagen des Koordinationsmechanismus einfacher Willkürbewegungen. (Vorläufige Mitteilung.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 58, S. 310.

63. *Liepmann, W.*, Psychologie der Frau. Versuch einer synthetischen, sexualpathologischen Entwicklungslehre in zehn Vorlesungen. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 315 S. 36 M.

64. *Löwenstein, Otto* (Bonn), Über die Anwendbarkeit psychophysischer Methoden in der Psychiatrie. Deutsche med. Wschr. Nr. 13, S. 348.

65. *Lomer, Georg*, Die Welt der Wahrträume. Bekenntnisse eines Bekehrten. Leipzig, Altmann. 128 S. 5,25 M.

66. *Long, Constance*, Psychological Adaptation. The British Journal of Psychology vol. I, part. 1.

67. *Margulies, Max* (Dalldorf), Versuch einer phänomenologischen Auf-



wertung des Assoziationsexperimentes. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 2, S. 102.

68. *Mayer, Edward E.* (Pittsburgh, Pa.). A dissociated personality with an analysis of its psychological problems. The American journal of insanity vol. 76, Nr. 4, S. 465.

69. *Messer*, Psychologie. Zweite, verbesserte Auflage. Stuttgart-Berlin, Deutsche Verlagsanstalt. 24 M.

70. *Moede*, Dr. *Walter*, Experimentelle Massenpsychologie. Mit 28 Abbildungen. Leipzig, S. Hirzel. 1920. (S. 19*.)

71. *Muck, O.*, Die seelische Ausschaltung des Gehör- und Schmerzsinns bei Mensch und Tier (Granatexplosionsneurose und Katalepsie) als Parallelvorgänge im Licht der Phylogenie betrachtet. Münch. med. Wschr. 1920, Nr. 18.

72. *Müller-Braunschweig, Carl*, Dr. phil. (Berlin-Schmargendorf), Über die Schwierigkeiten der Aneignung der Freudschen Psychoanalyse. Deutsche med. Wschr. Nr. 35, S. 971.

73. *Myers, Charles S.*, The Revival of Emotional Memories and its Therapeutic Value (II). The British Journal of Psychology vol. I, part. 1.

74. *Neumann*, Gen.-O.-Arzt (Naumburg), Kriegspsychologie. Berl. klin. Wschr. Nr. 4, S. 87.

75. *Pauli, R.*, Psychologisches Praktikum, Leitfaden für experimentell-psychologische Übungen. Jena 1919, G. Fischer. 223 S. 11 M.

76. *Pauli, R.*, Über psychische Gesetzmäßigkeit, insbesondere über das Webersche Gesetz. Jena, G. Fischer. 88 S. 6 M.

77. *Paulsen, B.*, Einfache Reaktionen bei Variation und rhythmischer Gliederung der Vorperiode. Arch. f. d. ges. Psych. Bd. 39, H. 3 u. 4.

78. *Pfänder, Alexander*, Einführung in die Psychologie. Zweite, durchgesehene Auflage. Leipzig, Joh. Ambros. Barth. 383 S. 40 M. (S. 20*.)

79. *Placzek* (Berlin), Die Psychoanalyse. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 13.

80. *Plaßmann, J.*, Säkulare Veränderlichkeit des Dezimalfehlers. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 5 u. 6.

81. *Read, C. Stanford*, The Pathogenesis of Epilepsy. The British Journal of Psychology vol. I, part. 1.

82. *Reichardt, Max* (Würzburg), Über den Unterricht der Medizinstudierenden in der Psychologie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9/10, S. 74.

83. *Révész, Géza*, Prüfung der Musikalität. Festschrift zum 70. Geburtstage von Prof. G. E. Müller. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 1—4. (S. 14*.)

84. *Rubin, Edgar*, Vorteile der Zweckbetrachtung für die Erkenntnis. Festschrift zum 70. Geburtstage von Prof. G. E. Müller. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 1—4.

85. *Salomon, Rudolf* (Gießen), Eine medizinische Betrachtung über die Anwendung der Hypnose vor Gericht. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 59, H. 1, S. 115.

86. *Schilder, Paul* (Wien), Über Identifizierung auf Grund der Analyse eines



Falles von Homosexualität. (Ein Beitrag zu der Frage des Aufbaues der Persönlichkeit.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 59, S. 217.

87. *Schilder*, *Paul* (Wien), Über Gedankenentwicklung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 59, S. 250.

88. *Schulhof*, *Fritz* („Am Steinhof" Wien), Assoziation und Aktivität. Ein Erklärungsversuch einiger Psychosen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 1, S. 170. (S. 18*.)

89. *Schultz*, *J. H.*, Über Schichtenbildung im hypnotischen Selbstbeobachten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 3. (S. 18*.)

90. *Schumann*, *F.*, Untersuchungen über die psychologischen Grundprobleme der Tiefenwahrnehmung. Festschrift zum 70. Geburtstage von Prof. G. E. Müller. Ztschr. f. Psych. Bd. 85, H. 1—4. (S. 14*.)

91. *Selz*, *Otto*, Komplextheorie und Konstellationstheorie. Ztschr. f. Psych. Bd. 83, H. 3 u. 4. (S. 7*.)

92. *Sernau*, *Wilhelm* (Ilten, Hann.), Muskelsinnstörungen und ihre psychische Verwertung. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 1, S. 188.

93. *Semon*, *Richard*, Bewußtseinsvorgang und Gehirnprozeß. Eine Studie über die energetischen Korrelate der Eigenschaften der Empfindung. Nach dem Tode des Verfassers herausgegeben von Otto Lubarsch. Wiesbaden, J. F. Bergmann. XLVIII u. 219 S. 20 M.

94. *Sopp*, *A.* (Frankfurt a. M.), Suggestion und Hypnose, ihr Wesen, ihre Wirkungen und ihre Bedeutung als Heilmittel. Zweite, ergänzte Auflage. Leipzig, Kurt Kabitzsch. 75 S. 4,50 M.

95. *Stekel*, *Wilhelm* (Wien), Psychopathologie, Psychotherapie, medizinische Psychologie und Sexualwissenschaft. Sammelreferat: Med. Klinik Nr. 27, 28, 47 u. 48.

96. *Stekel*, *Wilhelm* (Wien), Die Analyse der Vogelphobie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 62, S. 253.

97. *Stempflinger*, *Eduard*, Sympathieglaube und Sympathiekuren in Altertum und Neuzeit. München 1919, Verlag der Ärztl. Rundschau O. Gmelin. 91 S.

98. *Stern*, *Erich* (Gießen), Zur Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 25, H. 3.

99. *Stern*, *Erich*, Zur Frage der „logischen" Wertung. Arch. f. d. ges. Psych. Bd. 39, H. 3 u. 4.

100. *Stuchlik*, *Jaroslav* (Kosice), Über die praktische Anwendung des Assoziationsexperimentes. (Eine Programmstudie.) Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 2, S. 441.

101. *Thalbitzer*, *S.* (Roskilde, Dänemark), Stimmungen, Gefühle und Bewegungen. Psychophysiologische Beobachtungen und Analysen. Kopenhagen, Neuer nordischer Verlag. 102 S. (S. 19*.)

102. *Tischner*, *Rudolf*, Über Telepathie und Hellsehen. Experimentell-



theoretische Untersuchungen. H. 106 der „Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens". Wiesbaden 1919, C. F. Bergmann. 125 S. 8 M.

103. *Vértes, Josef O.*, Das Gedächtnis der Blinden. Arch. f. d. ges. Psych. Bd. 39, H. 3 u. 4. (S. 14*.)

104. *Verworn, Max*, Die Entwicklung des menschlichen Geistes. Ein Vortrag. 4. Auflage. Jena, G. Fischer. 66 S. 3,60 M.

105. *Vollrath, Ulrich* (Teupitz-Teltow), Zur Psychologie der Standesfragen. (Zugleich eine Abwehr.) Psych.-neurol. Wschr. Nr. 37/38, S. 300.

106. *Weber, F. Parkes* (London), Thoughts about thinking and dreaming, and the Freudian explanation of dreams. The journal of neurol. and psychopath. vol. 1, no. 1, p. 24.

107. *Weyhe, H. v.*, Aus dem Irrgarten menschlichen Wahnes. Der moderne Aberglaube im Lichte der Vernunft. E. Ermrich, Hannover.

108. *Wirth, Wilhelm*, Beiträge zur psychophysischen Anthropologie. I. Anomalien der Gesichtsfarbe als Begleiterscheinungen der Farbenblindheit. Arch. f. d. ges. Psych. Bd. 39, H. 3 u. 4.

109. *Ziehen, Th.* (Halle a. S.), Leitfaden der physiologischen Psychologie in 16 Vorlesungen. 11. Auflage. Jena, G. Fischer. 592 S. 60 M. (S. 20*.)

Die Auseinandersetzung der Göttinger mit der Würzburger Schule über die Grenzen der Assoziationspsychologie hat *Otto Selz* (91) durch eingehende Erörterungen gefördert. Die Wissenskomplexe sind sowohl ihrer Entstehung als ihrer Struktur nach von den assoziativen Verbänden im gewöhnlichen Sinne verschieden. Unter letzteren versteht er Bewußtseinserlebnisse und ihre Reproduktionsgrundlagen, die durch Berührungsassoziationen verknüpft sind. Sie sind also durch das bloße objektive zeitliche Zusammensein ihrer Glieder entstanden; ihre Struktur ist demnach durch die assoziative Verknüpfung der eingehenden Elemente oder Komplexe, der Glieder des Verbandes, erschöpfend gekennzeichnet. Anders verhält sich die Struktur von Wissensdispositionen, des Bewußtseins von Sachverhältnissen. Für ihre Entstehung ist es — im Gegensatz zu der assoziativer Verbände — wesentlich, daß die zwischen den Gliedern bestehenden Beziehungen durch Abstraktion erkannt oder durch Mitteilung bekannt geworden sind. Dieses Wissen um die Beziehung ist jedoch kein weiteres Glied in dem Verbande, vielmehr bedeutet es eine Modifikation des Gesamtbewußtseins. Dieser Strukturunterschied zwischen Wissenskomplexen und assoziativen Verbänden hat unter anderen Gründen *Selz* veranlaßt, die Zuordnung zwischen Zielsetzungen und der Aktualisierung bestimmter Lösungsmethoden von einer auf Berührungsassoziation beruhenden Zuordnung zu unterscheiden. Diese Unterscheidung wird ferner durch den Umstand gefordert, daß die erstmalige Zuordnung von Zielsetzung und einer bestimmten Lösungsmethode nicht auf eine vorhandene Assoziation zurückgeführt werden kann; vielmehr wird durch Abstraktion der Zusammenhang zwischen Ziel und notwendiger Operation erkannt und für die Zukunft eine Wissensdisposition begründet (Motivationsgesetz der konsekutiven Determinierung). Die so entstandene psychische Verbindung



ist jedenfalls keine assoziative im gewöhnlichen Sinne, jedoch mit ihr verwandt. — Die Komplextheorie ist allerdings nicht in allen ihren Bestandteilen neu. Eine solche Ansicht ist *Selz* mit Unrecht zugeschoben worden. Die Gesetze der Komplexergänzung z. B. erinnern dem Wortlaut nach an *Hamiltons* Gesetz der Redintegration oder *Höffdings* Gesetz der Totalität; letztere sagen jedoch nichts über das „wie" des Prozesses der Komplexergänzung aus und lassen daher eine Erklärung mit Hilfe der Annahme eines konstellativen Zusammenwirkens der Elemente zu; von letzterem aber will *Selz* die Vorgänge, die er als Komplexergänzung bezeichnet, scharf unterschieden wissen. Von allem, was *G. E. Müller* zur Komplexergänzung beigebracht zu haben meint, treffe nur ein Fall wenigstens scheinbar zu: jener, wo bei Erörterung rückläufiger Assoziationen davon die Rede ist, daß möglicherweise jeder Bestandteil eines einheitlichen Vorstellungskomplexes die gesetzmäßige Tendenz habe, den ganzen Komplex von vorn an zu reproduzieren. Hier aber handle es sich um die Reproduktion eines Ganzen, während sein Gesetz der Komplexergänzung nur eine Tendenz zur Reproduktion des Komplexrestes annehme. Zur Erklärung der Reproduktion des ganzen Komplexes müsse man ein besonderes Gesetz annehmen, sei es das von *Müller* in Erwägung gezogene oder das von *Selz* als Gesetz der determinierten Reproduktion bezeichnete. Die Gesetze der Komplexergänzung erklären zwanglos die Richtung der Reproduktionen. Unter normalen Bedingungen werden nur jene Reproduktionsgrundlagen lebendig, die dem zu ergänzenden Komplexstück entsprechen (Komplexkohärenz). Infolgedessen kommt es im Falle der Wissensaktualisierung im allgemeinen auch zu einer reproduktiven Weckung der bestimmten Vorstellungen, die mit der Ausgangsvorstellung in einer bestimmten Beziehung stehen. Die Komplexergänzung kann undeterminiert oder durch eine gegebene Zielsetzung determiniert sein; beidemal erfolgt sie nach einem antizipierenden Schema, bei der Erinnerung anschaulicher Ganzer nach dem zunächst auftauchenden „Gestaltbild", das dann in seinen einzelnen Teilen verdeutlicht wird, bei der sukzessiven Wissensaktualisierung an Hand der abstrakten „Komplexgestalt", die geläufiger zu sein pflegt, als die konkreten Komplexbestandteile. Die von der antizipierten Komplexgestalt ausgehenden Ergänzungstendenzen werden nun im Falle, daß eine Determination gegeben ist, keineswegs nur, wie es nach *G. E. Müllers* Kritik scheinen könnte, verstärkt; vielmehr zieht jede Determination ganz unabhängig von der Besonderheit der Aufgabe gewisse allgemeinste Lösungsversuche nach sich, z. B. Kontrollprozesse, Verhaltungsweisen der Aufmerksamkeit, welche jeder Zielsetzung als solcher zugeordnet sind. Die Regelmäßigkeit solcher Zuordnungen erschwert das Auftreten aufgabewidriger Prozesse. Daran schließt sich gesetzmäßig die Anwendung spezieller Lösungsmethoden, die im Falle der Komplexergänzung aufgabefremde Operationen verhindern. Auf der Wirksamkeit dieser zielstrebigen Vorgänge beruhen die „determinierenden Tendenzen" (*Ach*). Sie sind also ihrer Entstehung und ihrer Beschaffenheit nach bestimmt und verdienen demnach nicht, als „mysteriös" bezeichnet zu werden. Der Vorwurf wäre mit mehr Berechtigung dagegen zu erheben, daß z. B. *Henning* eine „kontrollierende Aufmerksamkeit" auftauchende Vorstellungen „verwerfen" läßt, ohne eine Analyse und Erklärung einer solchen Wirkung zu versuchen. Im



egensatz hierzu hat *Selz* die den allgemeinsten Lösungsversuchen zugerechneten Kontrollvorgänge genau untersucht und u. a. auf „eine Tendenz zur Feststellung er Übereinstimmung des versuchsweise festgestellten mit dem tatsächlich betehenden Sachverhältnis" zurückgeführt. Infolge dieser Tendenz werde ein der Übereinstimmung entgegenstehendes Wissen aktualisiert und die mangelnde Überinstimmung abstrahiert „Gesetz der Berichtigung". Die Erkenntnis der Unrichtigeit läßt uns die Aufgabe sodann wieder von vorne beginnen, worin *Selz* eines der llgemeinen Lösungsverfahren erblickt. Mit der physiologischen Hemmung von Reproduktionstendenzen durch konkurrierende, von der Aufgabe ausgehende, at das auf der Erkenntnis der Unrichtigkeit beruhende Verwerfen einer Lösung ichts zu tun. Der Ausfall der determinierten Lösungskontrolle ist ein Richtigkeitsriterium. Die von *G. E. Müller* gefundenen Erinnerungskriterien, Deutlichkeit nd Lebhaftigkeit der die Lösung begleitenden Vorstellungen, Promptheit der Lösung, hat *Selz* in seinen Versuchen nicht als zuverlässig befunden. Lebhafte Vorstellungen hat er auch beim Bewußtsein zweifelloser Richtigkeit vermißt. Die Promptheit der Lösung, welcher der subjektive Charakter der Sachverhaltsrinnerung fehlte, ließ befürchten, einer vom Reizwort allein ausgehenden Assoziation rlegen zu sein. „Die Gesetze der Komplexassoziation, der Komplexergänzung nd der Wissensaktualisierung gehören in die Gedächtnispsychologie." In einer Untersuchung über den geordneten Denkverlauf hat sie *Selz* nur abgeleitet, um sie hier anwenden zu können. Mit Unrecht erweckt *Müllers* Besprechung einen nderen Anschein. *G. E. Müller* behandelt die durch visuelle Einprägung entstandene Verbindung einer Silbe mit ihrer Stellung wie Assoziationen zwischen verschiedenen Silben (Stellenassoziation); er vertritt im Zusammenhang hiermit eine Konstellationsheorie der besonderen Wirksamkeit der Stellung in einer Reihe. Dadurch gerät r in die Schwierigkeit, erklären zu müssen, warum die Stellenassoziation nicht lurch zahlreiche Assoziationen einer bestimmten Stelle mit Silben aus anderen Reihen wesentlich gestört wird. Aber die Verbindung einer Silbe mit ihrer Stelle n der Reihe ist so wenig eine eigentliche Assoziation wie die Verbindung einer Tonempfindung mit ihrer Intensität oder einer Figur mit ihrer Farbe. Es ist vielnehr dasselbe Verhältnis wie zwischen einem Komplex und seinen selbständigen Elementen. Infolgedessen verknüpft die Komplexkohärenz eine bestimmte Stelle nit den ihr benachbarten Silben derselben Reihe und verhindert im allgemeinen hre Zusammenfassung mit stellengleichen Silben anderer Reihen. *G. E. Müllers* Annahme, daß die Mehrzahl aller Reproduktionen sich nach den Gesetzen der Komplexergänzung vollziehe, wird von *Selz* geteilt. Er betont aber, daß sich daraus ine Einschränkung der Konstellationstheorie ergebe, die bisher nicht allgemein rkannt sei. Das gilt besonders für die Erklärung der Ordnung im Gedankenablauf. Auch *Henning* deutet seine Versuche über assoziative Mischwirkung im Geiste einer Konstellationspsychologie, obwohl der Umstand, daß die Versuchspersonen die getrennt gegebenen Bestandstücke häufig aufeinander beziehen, deutlich dafür spricht, daß von ihnen Komplexergänzungen vorgenommen werden. Daß die Zuordnung von Zielsetzungen zu gewissen Assimilations-, Abstraktions- und Kombinationsleistungen zum Teil phylogenetisch begründet seien, will *Selz* nicht bestimmt behaupten,



erblickt in einer solchen Annahme aber nicht, wie *Henning*, einen Widersinn. Er denkt sie sich ähnlich, wie die Zuordnung bestimmter Reflexbewegungen zu bestimmten Reizen. Wie nun solche Bewegungskombinationen auch willkürlich ausgeführt werden können, so läßt sich dann annehmen, daß auch den phylogenetisch angelegten und zunächst unwillkürlich vonstattengehenden psychischen Leistungen der genannten Art analoge, willkürlich vollzogene Tätigkeiten entsprechen können. In seinen und in *Hennings* Untersuchungen würden die fraglichen Prozesse durch Determination ausgelöst sein können und „zur analogen Nachkonstruktion erlebter Zusammenhänge" führen.

Wie man sieht, gehen die Gegensätze zwischen der Göttinger und der Würzburger Schule großenteils darauf zurück, daß mit dem von *G. E. Müller* eingeführten und von beiden Parteien gebrauchten Ausdruck „Komplex" hier und dort ein ganz anderer Begriff verbunden wird. Nach *Müller* führt die kollektive Auffassung zu besonders fester Assoziation der Reihenglieder und diese Festigkeit der Zusammenfassung macht den Komplex aus. Die Gegner der Assoziationspsychologie dagegen sehen das Wesentliche der Komplexbildung in der Wirksamkeit irgend wie erkannter Beziehungen der Komplexteile untereinander. Nun hat *Auguste Fischer* in ihrer „Abwehr" (16) der Angriffe *G. E. Müllers* und namentlich *Hennings* gegen die von ihr veröffentlichten nachgelassenen Untersuchungen *Witaseks* gezeigt, daß die Stellungnahme der Göttinger auch hier sich daraus erklärt, daß unter einem von beiden Teilen gebrauchten Worte verschiedenes verstanden wird. Gewiß hat *G. E. Müller* die „Gestaltbilder der Visuellen" und ihre Bedeutung beim Lernen von Reihen erörtert. Aber diese Gestaltbilder sind die anschaulichen Vorstellungen der Glieder eines Komplexes und beruhen auf der durch kollektive Auffassung geschaffenen, besonders festen Assoziation untereinander. Dagegen sind die „Gestalten", die *Witasek* meinte, Gegenstände höherer Ordnung, deren psychologische Erkenntnis auf *Meinong* zurückgeht. Eine noch so feste assoziative Zusammenfassung der Glieder ergibt diesen Gegenstand höherer Ordnung noch nicht. Erst die innere Verarbeitung der Vorstellungen der Glieder schafft als neue Vorstellung die „Gestalt", „die die Vorstellungen der Glieder und ihrer Beziehungen in sich enthält". *Witaseks* nachgelassene Arbeit wollte nun gerade zeigen, „daß die Komplexbildung beim Lernen von Reihen ihrem Wesen nach Gestaltbildung und nicht Assoziation sei".

Eine Reihe interessanter Aufsätze sind in der „Festschrift zum 70. Geburtstage von Prof. Dr. Georg E. Müller" vereinigt (25, 50, 59, 53, 85). *Josef Fröbes* (25) bespricht „aus der Vorgeschichte der psychologischen Optik" drei Perioden: „die ältere der griechischen Philosophie, die in der Aristotelischen Lösung ihren Höhepunkt erreicht, dann die rein geometrische der Alexandriner, endlich eine ihrer Zeit voraneilende empirisch psychologische im Mittelalter" (*Alhagen*). *E. R. Jaensch* (50) diskutiert (zum Teil nach gemeinsam mit *F. Reich* durchgeführten Versuchen) die Methodik experimenteller Untersuchungen an optischen Anschauungsbildern. *V. Urbantschitsch* hatte von Personen berichtet, welche die Fähigkeit besitzen.



einen dargebotenen Gegenstand kürzere oder längere Zeit nach der Betrachtung „im buchstäblichen und eigentlichen Sinne wieder zu sehen“. Der Reproduktionsmechanismus dieser optischen Vorstellungsbilder wurde von *G. E. Müller* als ein „apsychonomer“ bezeichnet, weil sein Verhalten mit den Gesetzen, die sich vom rein psychologischen Standpunkte aus über die Vorstellungsproduktion aufstellen lassen, so wenig vereinbar schien, daß an besondere Einflüsse des Stoffwechsels und der anatomisch-physiologischen Konstitution gedacht wurde. Die Untersuchung der Anschauungsbilder erschien damit als eine biologisch-medizinische Aufgabe. Nach *Krohs* Beobachtungen scheinen jedoch die Anschauungsbilder im jugendlichen Alter regulär zu sein, so daß ihre apsychonome Entstehung unwahrscheinlich ist. *Jaensch* hat deshalb versucht, sie mit den Mitteln der experimentellen Psychologie zu erforschen und hat sich zu diesem Zweck die Fragen gestellt: 1. ob zu seinem Zweck insbesondere die in der Wahrnehmungspsychologie ausgebildeten Verfahren anwendbar seien; 2. ob hierbei ein gesetzmäßiges oder ein apsychonomes Verhalten beobachtet werde; 3. ob zwischen den Gesetzen der Anschauungsbilder und denen des gewöhnlichen Sehens enge Beziehungen bestehen. Es ergab sich, daß „in der Tat experimentelle Verfahrungsweisen der Wahrnehmungspsychologie auf die Anschauungsbilder anwendbar sind“; „daß diese im allgemeinen ein psychonomes Verhalten zeigen“; daß ihr Verhalten zu dem des gewöhnlichen Sehens in einer engen Beziehung steht. Für uns Ärzte gewinnen die Ausführungen von *E. R. Jaensch* eine besondere Bedeutung dadurch, daß sie die Anschauungsbilder als Kennzeichen einer auch sonst gut charakterisierten Konstitution betrachten. Während aber die Personen, an denen *Urbantschitsch* die Anschauungsbilder untersucht hatte, großenteils psychopathisch waren, werden die Konstitutionsstigmen, die an der Mehrzahl der von *E. R. Jaensch* untersuchten Personen nachweisbar sind, als innerhalb der Norm liegend betrachtet werden müssen. Nur ihre extreme Ausbildung deckt sich mit bekannten klinischen Zustandsbildern. Zu dem an *Jaenschs* Versuchspersonen nachgewiesenen Grade scheinen sie Ausdruck einer gewissen jugendlichen Altersstufe zu sein, in späteren Jahren dagegen mehr und mehr zurückzutreten. *E. R. Jaenschs* Bruder, *W. Jaensch* (50 a), hat die Träger dieser Merkmalsgruppen wegen ihrer Verwandtschaft mit den Basedow-Kranken und Tetanikern als „T“- und als „B-Konstitution“ bezeichnet. Die „T“- und die „B-Merkmale“ sollen sich häufig in einem Individuum verbinden. Wegen der ihnen gemeinsamen Korrelation mit der Fähigkeit, optische Anschauungsbilder zu erzeugen, wird angenommen, daß zwischen ihnen ein innerer Zusammenhang bestehe. Je reiner eine Person mit optischen Anschauungsbildern den T-Typus zeigt, desto weniger sind diese Bilder beeinflußbar, desto näher stehen sie den Nachbildern. Je reiner der „B-Typus“ ausgebildet ist, desto leichter sind die Anschauungsbilder durch äußere und innere Einwirkungen, auch Vorstellungen der Versuchsperson selbst, zu beeinflussen und zu verändern. Sie lassen sich hier unter Umständen willkürlich, z. B. durch Denken an ein Objekt, hervorrufen und werden als zur Persönlichkeit gehörig empfunden, während sie dem „T-Typus“ als etwas Fremdes, Aufgedrungenes erscheinen. Vielleicht hängt mit den zuletzt erwähnten Beziehungen eine örtliche Verschiedenheit des zu Anschauungsbildern befähigten Materiales, der sogenannten



Eidetiker, zusammen, die die Unterschiede im Verhalten von *Urbantschitschs* und *Jaenschs* Versuchspersonen erklärt.

Oswald Kroh berichtet über Eidetiker unter deutschen Dichtern (59). Außer Goethe, dessen auf optische Anschauungsbilder bezügliche Selbstbeobachtungen wohl seit langer Zeit allgemein bekannt sind, werden Otto Ludwig, Ludwig Tieck, E. T. A. Hoffmann und Viktor v. Scheffel als Eidetiker besprochen. Die Einreihung unter die Eidetiker geschieht sowohl auf Grund von Selbstzeugnissen als auch auf Grund der Verwertung von dichterischen Erzeugnissen, „deren Inhalt die Herkunft aus der Selbstbeobachtung der Dichter zu verraten scheint". Ich muß gestehen, daß auch die Ableitungen der letztgenannten Art nicht alle überzeugt haben.

David Katz (53) hat an rund 100 amputierten Soldaten Untersuchungen über die Illusionen der amputierten Glieder, über die Sinnesempfindlichkeit der Amputationsstümpfe und über sinnespsychologische Erscheinungen an *Sauerbruch*schen Muskelkanälen angestellt. Die Illusion, das abgesetzte Glied noch zu besitzen, fand sich bei allen Amputierten. Sie drängte sich lebhafter auf, als die vom unverletzten, nicht bewegten Gliede ausgehenden Sinneserregungen. Das Endstück des verlorenen Gliedes, Hand oder Fuß, wird immer am deutlichsten illusorisch erlebt, jedoch bestehen auch da noch Unterschiede der Deutlichkeit hinsichtlich der verschiedenen Teile. Fast stets erscheint das illusionierte Glied kleiner als das gesunde. Der, von anderen beobachtete, gegenteilige Fall ist *Katz* nicht begegnet. Die Verbindung von Amputationsstumpf und illusioniertem Glied ist nicht immer lückenlos. Meist wird letzteres näher an den Rumpf verlegt, gelegentlich in den Amputationsstumpf hinein. Die Richtung, die es dem Stumpf gegenüber einzunehmen scheint, ist meist eine normale, auch wird sie bei Änderungen der Lage des Stumpfes in der Regel entsprechend verändert. Bei mäßig schnellen Bewegungen des Stumpfes wird der Eindruck des illusionierten Gliedes für viele Amputierte weniger deutlich, bei raschen Bewegungen verschwindet er gänzlich. Nur in seltenen Fällen bleibt er unverändert oder nimmt gar an Lebhaftigkeit zu. Berührt man in einem Falle, wo das illusionierte Glied im Stumpf empfunden wird, die Haut des Stumpfes, so wird diese Berührung nur auf den Stumpf, nicht aber auf das in ihm steckende Glied bezogen. Nähert ein Amputierter, der das abgesetzte Glied im Raume vor dem Stumpfe erlebt, diesen einem festen Gegenstand, so pflegt er das Glied in diesen Gegenstand hinein zu verlegen. Meist werden im verlorenen Glied noch Bewegungen verspürt, am lebhaftesten wiederum in seinen distalen Teilen. Durch *Weir Witchell* und *Pitres* wissen wir, daß elektrische Reizungen des Stumpfes die beschriebenen Illusionen verstärken, Kokainisierung aber abschwächt oder beseitigt. Offenbar werden sie also durch Erregungen der Nervenendigungen im Stumpf ausgelöst. Solche Erregungen werden häufig von nicht adäquaten Reizen in der Narbe ausgehen. Die ungleiche Deutlichkeit, mit der Amputierte die verschiedenen Teile des abgesetzten Gliedes erleben, könnte sowohl dadurch erklärt werden, daß die peripheren Teile der Nerven im Stumpf nicht alle gleich stark gereizt werden, als auch dadurch, daß die zentralen Residuen in verschiedenem Grade ansprechen. *Katz* hält die zweite Annahme für wahrscheinlicher und meint, „die andere Auf-



fassung würde bezüglich der Lagerung der Nervenenden im Stumpf und ihrer Reizung zu Annahmen nötigen, die nicht gerade sehr wahrscheinlich sind". Er nimmt demnach an, daß der größeren Deutlichkeit, mit der gewisse Teile des Gliedes erlebt werden, eine größere Stärke der entsprechenden Residuen korrespondiere und leitet hieraus die Möglichkeit ab, aus den Illusionen der Amputierten die Entwicklung des Erlebnisses unserer Glieder im Laufe des individuellen Lebens zu studieren. Die Annäherung des illusionierten Gliedes an den Stumpf und seine Verkleinerung gegenüber dem gesunden Glied zeigen wohl gleichfalls den Weg, „auf dem sich in umgekehrter Richtung der Aufbau unserer Glieder im Lauf des individuellen Lebens vollzieht". Beim Versuche, das illusionierte Glied zu bewegen, treten allgemein Mitbewegungen am erhaltenen Glied der anderen Seite und an den Stumpfmuskeln auf. Bewegungsillusionen hat aber nur ein Teil der Amputierten. Man kann daher diese Illusionen nicht gut auf solche, fälschlich auf das illusionierte Glied bezogene Mitbewegungen zurückführen. *Katz* tritt deshalb für eine zentrale Entstehung der Bewegungsillusionen ein. Die Sinnesempfindlichkeit ist am Amputationsstumpf in mancher Beziehung feiner als am unverletzten Glied: Druckschwelle und Raumschwelle sind kleiner. Es dürfte sich dabei um Wirkungen einer dem Stumpf in erhöhtem Grade zugewendeten Aufmerksamkeit handeln. Bei der Lokalisation von Tasteindrücken wird die Eigentümlichkeit gefunden, daß sie am Stumpf des Oberarmes überaus häufig zu weit nach oben gegen die Schulter zu erfolgt. Es ist noch zu untersuchen, ob diese fehlerhafte Neigung denselben Gesetzen entspringt, die das illusionierte Glied als kleiner erscheinen lassen. Die Reaktionszeiten sind nicht deutlich verändert. Verschiedene Oberflächen von Gegenständen (Kaliko, Samt, Watte, Sandpapier usw.) wurden mit dem Stumpf nicht wesentlich schlechter erkannt, als mit der gesunden Hand; durch Übung wird die Haut des Stumpfes noch leistungsfähiger. Bei der Hebung von Gewichten konnte *Fechners*, in gewissem Sinne von *v. Frey* übernommene Vermutung, daß bei der Gewichtsschätzung das Eigengewicht des hebenden Gliedes von Bedeutung sei, nicht bestätigt werden. An Amputierten mit *Sauerbruch*schen Muskelkanälen wurde festgestellt, daß antagonistische Muskeln (Bizeps-Trizeps am Oberarm) zunächst isoliert gespannt und entspannt werden, und daß der Amputierte erst allmählich lernt, mit der Spannung des einen die Entspannung des anderen zu verbinden. Gleichzeitige Spannung wurde nur auf Aufforderung gemacht. Bei der Innervation der Stumpfmuskeln traten Bewegungsvorstellungen, deren Inhalt das illusionierte Glied oder Teile desselben waren, auf. Nach entsprechender Übung bedarf der Amputierte dieser Vorstellungen nicht mehr. Die *Sauerbruch*sche Operation gibt Gelegenheit, Gewichte ohne Vermittlung von Gelenken auf Muskeln einwirken und vergleichen zu lassen. Die Amputierten vollzogen solche Gewichtsvergleichungen mit großer Selbstverständlichkeit und ungefähr normaler Sicherheit. Die Tatsache spricht für *v. Freys* Annahme, „daß die Spannung der Muskeln und Sehnen unmittelbar zur Wahrnehmung gelangt". Die am Oberarm wirkenden Gewichte werden im Verhältnis zu den mit gesunder Hand gehobenen unterschätzt. Der Gewichtsvergleich scheint demnach nicht nach Maßgabe der objektiven, sondern der an den Oberarmmuskeln zur Geltung kommenden Gewichte zu erfolgen. Die



Schwächung des Muskels scheint dabei seinen Kraftsinn nicht zu beeinträchtigen. Das Urteil über die Größe des gehobenen Gewichtes wird nicht nachweisbar beeinflußt, wenn die Hebung für den geschwächten Muskel die Maximalleistung darstellt.

Josef O. Vértes (103) untersuchte an 20, im Alter von 7—14 Jahren stehenden Zöglingen der Budapester Staatlichen Blindenanstalt die Leistungen des unmittelbaren Gedächtnisses der Blinden. Der Umfang des unmittelbaren Gedächtnisses wurde um 14% größer gefunden, als der zum Vergleich herangezogenen sehenden Kinder (80% richtige Reproduktionen gegen 66%). Dieses Ergebnis wird dadurch erreicht, daß der Gedächtnisumfang, der im Alter von 6—7 Jahren bei Sehenden und Blinden 79,4% und im Alter von 12—13 Jahren 89,7% beträgt, bei Blinden im Alter von 8—9 Jahren 92,3% und im Alter von 10—11 Jahren 89,7% erreicht gegenüber 83,1 und 86,4% bei Sehenden. Bei letzteren nimmt er also im Alter von 6—13 Jahren in geradem Verhältnis zu, bei den Blinden dagegen nicht. An der Überlegenheit der Blinden sind alle Intelligenzstufen beteiligt. Der Gedächtnisumfang der blinden Mädchen ist, wie der der sehenden, etwas größer als der der Knaben. Die günstige Wirkung, die bessere soziale Verhältnisse auf den Gedächtnisumfang der sehenden Kinder ausüben, läßt sich auch bei den blinden feststellen. Zwischen Ursache der Erblindung, Sehrest und unmittelbarem Gedächtnis wurde kein Zusammenhang gefunden. Auch die Geschwindigkeit der Reproduktionen ist bei den Blinden größer als bei Sehenden, und zwar gilt dies wiederum für alle Intelligenzstufen und für beide Geschlechter; die wohlhabenden sind auch hierbei den armen überlegen. Umfang des unmittelbaren Gedächtnisses und Reaktionszeit stehen aber, wie bei Gesunden, in umgekehrtem Verhältnis. Fehlreaktionen brauchten — mit einer Ausnahme — längere Zeit als die richtigen Reaktionen. Der Grund für die besseren Leistungen des unmittelbaren Behaltens der Blinden wird in konzentrierterer Aufmerksamkeit gesucht.

Aussagen von Versuchspersonen haben *F. Schumann* (90) zur Überzeugung geführt, daß dem Eindruck des leeren Raumes eine besondere, „neue“ Empfindung zugrunde liege, „die farblose durchsichtige Glasempfindung von geringer Kompaktheit“. Bei farbiger Beleuchtung soll sich mit dieser Empfindung noch eine raumhafte Farbe von geringer Kompaktheit, bei abnehmender Helligkeit eine raumhafte Grauempfindung vereinigen; bei zunehmender Dunkelheit könne die Glasempfindung verschwinden. In solchen Fällen handle es sich schließlich vielleicht nur noch um ein Wissen, daß leerer Raum vorhanden ist bzw. dargestellt werden soll. Mit dem Nachweis einer besonderen Empfindung des leeren Raumes sei eine große Schwierigkeit für die Annahme der Dreidimensionalität des Sehraumes beseitigt.

Géza Révész (83) hat bei Kindern, die Musikunterricht genossen, und bei solchen, bei denen das nicht der Fall war, experimentell den rhythmischen Sinn, das absolute Gehör, die Oktavenerkennung, das relative Gehör, die Analyse von Zwei- und Mehrklängen, die Auffassung und Wiedergabe von Melodien und das Spielen nach dem Gehör untersucht. In der Regel lieferten die musikstudierenden bessere Resultate als die musikunkundigen Kinder. Jedoch waren die Leistungen gegenüber den einzelnen Tests nicht gleichartig. In den Aufgaben, die den musikali-



schen Rhythmus, das relative Gehör, das Nachspielen, die Analyse von Drei- und Mehrklängen prüften, obsiegten die Musiktreibenden, nicht dagegen in den homophon dargebotenen rhythmischen Aufgaben und in der Zerlegung von Zweiklängen. Absolutes Gehör und richtiges Nachsingen fand sich auf beide Gruppen gleichmäßig verteilt. Die Leistungen der Musikübenden und der Musikunkundigen differierten indes nur wenig, der musikalischen Übung ist kein ausschlaggebender Einfluß auf den Ausfall der Versuche einzuräumen, maßgebend scheint vielmehr die musikalische Anlage. Mit dem Alter scheint die musikalische Leistungsfähigkeit zu steigen; ein Einfluß des Geschlechtes ist nicht nachweisbar. Nimmt man nun, da die „prägnantesten Äußerungen der Musikalität", die musikalische Invention und die künstlerische Invention, einer experimentellen Prüfung unzugänglich sind, die musikalische Auffassung oder das relative Gehör zur Grundlage einer Korrelationsbestimmung zwischen den untersuchten Leistungen und der musikalischen Begabung, so ergibt sich, daß mit dieser die Fähigkeit, homophon dargebotene Rhythmen zu reproduzieren, so gut wie nichts zu tun hat; und daß selbst die richtige Auffassung und Wiedergabe von musikalischen Rhythmen für sie wenig besagt. Dagegen müssen das auf die Tonhöhen bezogene absolute Gehör, die gesangliche Transposition von Intervallen (relatives Gehör) und spontanes Nachspielen, endlich die Fähigkeit zur Zerlegung von Zwei- und Dreiklängen nach der Korrelationsberechnung offenbar in engen Beziehungen zur Musikalität stehen. Die Prüfung dieser Leistungen in der angegebenen Reihenfolge kommt deshalb als Testmethode zur Erkennung der musikalischen Begabung in Betracht. Sie lassen sich bei der Frage der Berufswahl und der künstlerischen Erziehung verwerten. Sie zeigen, daß die Musikalität keine so allgemeine menschliche Eigenschaft ist, daß es berechtigt wäre, wahllos jedes Kind musikalisch unterrichten zu wollen. Die musikalische Ausbildung soll jenen vorbehalten sein, „die dazu erkoren sind". „Die Musik gehört nicht zur allgemeinen Bildung."

E. R. Jaensch (49) und *Ernst August Müller* haben die Erscheinungen des Helligkeitskontrastes und der Farbenkonstanz nach der „Methode der Parallelversuche" studiert. Die erstgenannte Erscheinung ist wohl allgemein bekannt: ein kleines Feld erscheint heller oder dunkler, je nachdem man es auf dunklem oder helleren Grund legt. Was unter Farbenkonstanz zu verstehen ist, mag folgender Tatbestand erläutern: wir befestigen zwei gleichfarbige Papierscheiben nebeneinander und lassen auf eine derselben einen Schatten fallen, machen sie also physikalisch dunkler; dem Eindruck nach macht die vollzogene Verdunkelung nichts oder wenig aus. *Jaensch* nannte diese Tatsache „Transformation" und erklärt aus ihr auch die des Kontrastes. Faßt man nämlich die Umgebung des heller oder dunkler erscheinenden Feldes in den Kontrastversuchen und dem hellbeleuchteten bzw. beschatteten Raumteil, in dem sich die Konstanzerscheinungen zeigen, beide unter den Begriff „beleuchteter Raum", so gelten für Kontrast und Konstanz dieselben Gesetze. Sie sollen „Parallelgesetze" heißen. Die von dem Verfasser gewählte Versuchsanordnung erlaubt nun, an dem Feld und den Scheiben, deren Helligkeitseindruck studiert wird, einerseits, an dem umgebenden „beleuchteten Raum" andererseits Veränderungen vorzunehmen und deren Wirkung zu beobachten.



Auf eine genaue Beschreibung der Versuchsanordnung muß wegen Raumknappheit verzichtet werden. Die gewonnenen Ergebnisse sind folgende: Wenn wir die Beleuchtungsverhältnisse überblicken, halten wir die beschattete Scheibe für heller, als nach ihrer Helligkeit im physikalischen Sinn zu erwarten wäre. Da natürlich auch der Hintergrund objektiv dunkler ist als der der beleuchteten Scheibe, wurde ihre subjektive Aufhellung von *Hering* auf den Umgebungskontrast zurückgeführt. Wenn aber die Verf. den Versuch so einrichteten, daß die beschattete Scheibe vor hellerem Hintergrunde stand als die normalbeleuchtete, daß also Umgebungskontrast, Pupillenspiel und Daueradaption nach *Herings* Annahme dahin wirken mußten, daß die beleuchtete Scheibe eine subjektive Aufhellung erführe, blieb doch der ursprüngliche Eindruck bestehen; lediglich seine Stärke konnte so beeinflußt werden. — Durch den Umgebungskontrast gewinnt nun das Infeld eine umso größere scheinbare Helligkeit, je heller es objektiv ist. In völlig analoger Weise ist von zwei gleich hellen, verschieden stark beleuchteten Scheiben die Transformation der beschatteten (= subjektive Aufhellung) umso größer, je heller sie im physikalischen Sinne ist. Daraus ergibt sich das für Helligkeitskontrast und Transformation gültige Parallelgesetz: Die Beeinflussung wächst proportional der Weißvalenz des Infeldes. Würde die Helligkeit der beobachteten Felder und Scheiben und die ihrer Umgebung ganz gleich gemacht werden, so würde das Infeld im Umfeld verschwinden. Die Verf. untersuchten nun die Eindrücke, die von Infeldern erweckt werden, deren Helligkeit von der ihrer Umgebung nur wenig verschieden ist („Indifferenzgebiet"). Es zeigte sich, daß hier die Beeinflussung die Proportionalität zur Weißvalenz mit der Annäherung an den Indifferenzpunkt in wachsendem Maße übersteigt. — Vermindert man die Helligkeit zweier Felder, die in ungleich heller Umgebung gleichhell erscheinen um den gleichen objektiven Betrag, so erfährt das in dunklerer Umgebung befindliche eine stärkere Herabsetzung seiner scheinbaren Helligkeit. Wiederum gilt dasselbe für zwei Scheiben, die in beschattetem und in normal beleuchteten Raume gleichhell erschienen, bei objektiv gleicher Verminderung ihrer Helligkeit. Das entsprechende Parallelgesetz lautet: „Bei Abzug des gleichen objektiven Betrages erfährt das im dunkel beleuchteten Raum (im dunklen Umfeld) gelegene Infeld eine stärkere Herabsetzung seiner scheinbaren Helligkeit." Umgekehrt läßt sich als Parallelgesetz dartun: „Die Beeinflussung ist umso größer, je dunkler das Umfeld (die Beleuchtung) ist." Der subjektive Eindruck gleicher Helligkeit wird weder in Kontrast noch in Transformationsversuchen gestört, wenn die Gesamtbeleuchtung gleichmäßig herabgesetzt wird. Das entsprechende Parallelgesetz lautet: „Gleichungen bleiben bei proportionaler Änderung aller vorkommenden Valenzen innerhalb weiter Grenzen ungeändert." Durch Beschattung der Umfelder allein geht subjektive Gleichheit des Infeldes in Ungleichheit über. *Hering* deutete diese Erscheinung als ein Kontrastphänomen; die Weißvalenz der Umfelder erfährt durch die Beschattung ja eine proportionale Herabsetzung. *E. R. Jaensch* und *E. A. Müller* konnten aber zeigen, daß die Änderung des Helligkeitseindrucks der Infelder nicht von der **objektiven** Lichtstärke ihrer Umgebung, sondern von der **scheinbaren** Helligkeitsänderung dieser Umfelder bestimmt wird, also eine Transformationserscheinung darstellt.



Durch objektiv gleiche Beschattung erfährt das objektiv hellere Umfeld eine stärkere subjektive Aufhellung als das objektiv dunklere; die vor der Beschattung der Umfelder subjektiv gleichhellen Infelder werden mittransformiert, d. h. das im helleren Umfeld befindliche bekommt das Übergewicht. Die scheinbare Helligkeit von Objekten — mögen sie sich in verschieden hellen Umfeldern oder in verschieden hell beleuchteten Räumen befinden — bleibt unverändert, wenn die Änderung der Beleuchtung von Objekt und Umgebung ein bestimmtes, von ihrer absoluten Größe unabhängiges Verhältnis einhält.

L. Bouman und *A. A. Grünbaum* (6) fanden an einem in lebhaft und reich ausgebauten Tagesträumen sich auslebenden Psychopathen ein merkwürdiges Verhalten im Assoziationsversuch: er schien auf zugerufene Worte sachliche Vorstellungen nur auf dem Umweg über egozentrisch orientierte Begebenheiten (Erinnerungen) bilden zu können. Seine Fähigkeit, sofort nach der optischen Darbietung einfache, sinnlose Kombinationen gerader und krummer Linien in der Vorstellung wieder zu erzeugen, erwies sich als ungemein gering. Sie suchen den Grund für die Beweglichkeit und den Reichtum an Vorstellungen, die sich in erlebte Situationen einbauen ließen, und der Ärmlichkeit ichfremder Erinnerungen in der Verschiedenheit der Anlässe der geforderten Vorstellungstätigkeiten. In einem Fall handle es sich um eine Funktion, „die die tiefsten Bedürfnisse der Person irgendwie befriedigt" (Neigung zum Wachträumen!), im anderen Falle liege „ein peripherer, die Persönlichkeit des Patienten nicht im mindesten berührender Anlaß vor". Die Verf. knüpfen daran die Forderung, in Fällen, wo das Experiment Armut der Vorstellungstätigkeit auf ich-indifferentem Gebiete ergibt, besonders zu prüfen, ob nicht eine besondere Tendenz zur Vorstellung egozentrischer Inhalte vorliege. Es gebe vielleicht einen sachlichen und einen persönlichen Vorstellungstypus (Künstler?). Zwischen egozentrischem Vorstellungstyp und Lebendigkeit und Stärke der Vorstellungsinhalte vermuten Verf. eine Korrelation.

Hahn (42) konnte in Fällen, die das nach *Ganser* benannte Symptom des Vorbeiredens boten, nachweisen, daß Falschleistungen beim Farbenbezeichnen durch eine Rückkehr zum Verhalten im frühen Kindesalter ausgezeichnet sind. Hier wie dort wird von Farben besonders „rot" richtig bezeichnet. Die übrigen Farben werden in der Reihenfolge gelb, grün, blau bevorzugt. Wie beim Kinde und in organisch bedingten Demenzzuständen lange Zeit hindurch, so trete dieses Verhalten beim Hysterischen vorübergehend auf und beweise für die Zeit seiner Dauer eine schwere Bewußtseinsveränderung. Mit einer schauspielerischen Leistung habe es nichts zu tun. Vielmehr handle es sich um elementare Wahrnehmungsstörungen. Auch das Vorbeireden Hysterischer bei der Bezeichnung von Gegenständen und Bildern zeigt eine Wahrnehmungsstörung, die an das kindliche Verhalten erinnert, insofern sie sich auf eine Teilerfassung des den Sinnen dargebotenen Gegenstandes zurückführen läßt, ohne daß sich die Absicht zur Falschleistung offenbart. Verf. bestätigt also eine schon von *Pick* geäußerte Auffassung, fügt der *Pick*schen psychologischen Erklärung aber noch die für die Genese der Erscheinung wichtige Einsicht hinzu, daß die Kranken ein typisch infantiles Verhalten zeigen. Die Tatsache ist an sich sehr wichtig und interessant. Ob aber die Fälle, in denen



sich die beschriebenen Tatsachen nachweisen lassen, wirklich als *Ganser*-Fälle aufgefaßt werden dürfen, scheint mir doch fraglich. Jedenfalls habe ich bisher, wie wohl eine große Zahl von Fachgenossen, den *Ganser*schen Symptomenkomplex als eines der Ergebnisse einer „Flucht in die Krankheit" betrachtet und habe mir die Bewußtseinsstörung der Kranken aus jener krankhaften Einstellung erklärt. Mit einer solchen Auffassung ist es gewiß nicht unvereinbar, daß wieder Gesetzmäßigkeiten zutagekommen, die auf einer längst überwundenen Entwicklungsstufe des individuellen Lebens typisch waren. Das ist als Folge einer Flucht in die Krankheit so gut möglich, wie als Ergebnis eines hypnotischen Befehles. Maßgebend ist aber in beiden Fällen der Inhalt der autosuggestiven oder allosuggestiven Einstellung, also etwas Zufälliges. Als gesetzmäßige Erscheinung verträgt sich die Rückkehr zum infantilen Verhalten mit der vorgetragenen und gewiß noch weit verbreiteten Anschauung über das Wesen des Vorbeiredens nicht. Entweder muß diese Auffassung berichtigt werden oder das von *Hahn* beschriebene Verhalten kann kein allgemeingültiges sein.

J. H. Schultz-Jena (89) unterscheidet auf Grund „ganz unbeeinflußten optischen Selbstbeobachtens" der Hypnotisierten „ohne jede Deutung" durch den Hypnotisierenden drei Schichten: 1. formloses Eigenerleben; 2. intellektualisiertes Eigenerleben; 3. plastischleibhaftige Fremderlebnisse. Vielfach kann auch die dritte Schicht erreicht werden, ohne daß nach dem Erwachen Amnesie besteht. Es wird vermutet, daß dem Erleben der dritten Schicht hirnphysiologisch erheblich veränderte Zustände entsprechen; meist bestehen während derselben Minderleistungen der anderen Sinne (Analgesie) und Hyperakusis für Geräusche. Ein großer Teil der normalen Nachtträume, insbesondere die zusammenhängenden episodenhaften Träume des leichten Schlafes dürften sich nach Verf. in einem der zweiten Schicht entsprechenden Bewußtseinszustande abspielen, Erinnerungen an Träume in einem der dritten Schicht entsprechenden Zustande nur gelingen, wenn der Schläfer mit dem festen Vorhaben der Traumbeobachtung eingeschlafen ist. Ob die Erlebnisse der dritten Schicht noch als Vorstellungen bezeichnet werden dürfen, hält Verf. für fraglich.

Schulhof (88) findet das Wesen geistiger Gesundheit in dem richtigen Verhältnis zwischen assoziativem und aktiv-apperzeptivem Geschehen im Denken. Der Anteil der Assoziation und der Aktivität ist in verschiedenen Augenblicken des Lebens zwar ein verschieden großer, für das Leben als Ganzes aber doch persönlich kennzeichnend. Er wird erlebt in dem Denkgefühl, das den am einen Ende der Reihe stehenden mit voller Bestimmtheit sagen läßt „ich denke", den am anderen Ende befindlichen dagegen „es denkt". Auf Verschiebungen des Anteiles, den Assoziation und Aktivität im gewohnten, gesunden Denken zu haben pflegten, und Änderungen in der Kenntnisnahme von diesen inneren Vorgängen werden Psychogenese und Psychopathologie der Psychosen zurückgeführt.

Außer den besprochenen, in Zeitschriften veröffentlichten Arbeiten möchte ich auf eine Anzahl selbständiger Schriften verweisen. Zur Gefühlspsychologie haben zwei Psychiater, *Thalbitzer* in Kopenhagen und *Fankhauser* in Bern, lesens-

werte Monographien geschrieben. Des ersteren Arbeit ist von Erwin Magnus in recht gutes Deutsch übertragen.

Thalbitzer (101) geht von der Erfahrung aus, daß in den beiden entgegengesetzten Phasen des manisch-depressiven Irreseins und in ihren Mischzuständen höchst komplizierte Gefühle auftreten — nach seiner Ansicht alle überhaupt möglichen —, um auch die normalen Gefühlszustände als Mischformen aus Lust, Unlust und verschieden großer psychomotorischer Bereitschaft darzustellen. Ist in diesen Zuständen das Gefühlselement „ungeteilt", „eintönig", so haben wir Mischformen erster Ordnung vor uns, die völlig den sechs Mischformen erster Ordnung aus dem manisch-depressiven Formenkreise entsprechen; nämlich der aktiven unproduktiven Melancholie, der aktiven produktiven und der passiven produktiven Melancholie, der passiven produktiven, passiven unproduktiven und der aktiven unproduktiven Manie. Ist dagegen das Gefühl „zwei- oder mehrtonig", Lust und Unlust gemischt, so ergeben sich die Mischformen höherer Ordnung. Namentlich in ihnen ist der besondere Denkinhalt mitbestimmend für die Nuancierung der Gefühlsabläufe, Stimmungen und Gemütsbewegungen. *Wundt*s Lehre von der Dreidimensionalität der Gefühle, *Lehmann*s dynamische Theorie und *Fr. Lange*s Auffassung über die Bedeutung der Organempfindungen für das Gefühlsleben und über die Beeinflussung körperlicher Vorgänge durch die Gefühle lehnt der Autor ab. Aber gegen seine eigenen Anschauungen dürften fast überall, wo sie das eigentlich psychologische Gebiet verlassen und aus nervenphysiologischen Tatsachen Analogien ziehen, an einer Physiologie der Gefühle, die er sich z. B. an ein besonderes Gefühlszentrum in der Hirnrinde gebunden denkt, gleichfalls berechtigte Zweifel wachgerufen werden.

Auch in *Fankhauser*s (15) Schrift finden sich gute, teilweise, wie mir scheint, allerdings anfechtbare Gefühlsanalysen. Der Schwerpunkt seiner Ausführungen liegt aber einmal darin, daß er die Affektivität in eine gesetzmäßige Abhängigkeit von der Tätigkeit der endokrinen Drüsen bringt, und ferner in der weitgehenden Analogisierung der Gefühlsprozesse mit den Licht- und Farbenempfindungen, insbesondere nach der von *Wundt* für diese aufgestellten Stufentheorie. In der ganzen Schrift sind Bestandteile, die schon jetzt als gut begründet und gesichert gelten können, vermischt mit Gedanken, denen der empirische Unterbau vorläufig noch fehlt.

Nach einer gedrängten Übersicht über „allgemeine und spezielle Vorarbeiten" von *Quételet* bis *Simmel* und moderne Pädagogen entwickelt *W. Moede* (70) die „grundlegenden Bestimmungen", denen experimentelle Arbeiten über Gruppen- und Massenpsychologie unterliegen und berichtet sodann über eigene Arbeiten über „triebartige Reaktionen in der Gruppe", „kollektivistische Schwellen" (akustische Intensitätsschwellen, Schwelle der Schmerzempfindlichkeit), Veränderungen des zeitlichen Ablaufes von Willenshandlungen und der „Kraftleistung des Willensimpulses", Änderung des Umfanges und der Dauerleistung der Aufmerksamkeit, Beeinflussung von Gedächtnis und Assoziation. Von den reichen Ergebnissen sei nur die allgemeine Regel hervorgehoben, daß das Arbeiten in der Gruppe die Leistungen der Besseren herabzusetzen, die der Schwächeren dagegen zu steigern



pflegt. Die Darlegungen sind vortrefflich geschrieben. Nur in zwei Fällen sind Ausdrücke gebraucht, die in der Physiologie seit langer Zeit in einem wesentlich anderen Sinne verwendet werden, als *M.* es tut: Mitbewegung und Reflex. Mitbewegung nennen wir eine Bewegung, die von einem Individuum gleichzeitig mit der Ausführung einer willkürlichen oder reflektorischen Bewegung infolge unwillkürlicher Mitinnervation gemacht wird. Beispiele dafür sind das von *Strümpell* beschriebene Tibialisphänomen, das bei Beugung des Beines im Hüft- und Kniegelenk eintritt, oder die Erweiterung bzw. Verengerung der Pupille bei Erweiterung bzw. Verengerung der Lidspalte. *Moede* dagegen spricht von Mitbewegung, wenn z. B. die Aufwärts- oder Abwärtsbewegung der Hand des Versuchsleiters bei der Versuchsperson eine gleichgerichtete Bewegung auslöst, ja sogar, wenn der Befehl des Experimentators eine bestimmte Bewegung der Versuchsperson erzwingt. Unter demselben „Kapitel der Mitbewegung" handelt er Echolalie und Echopraxie ab, die „aller Wahrscheinlichkeit viel weniger Komplexe bewußter Nachahmungsprozesse" seien, „sondern in weit höherem Maße elementare Mechanismen, die reflektorischem Geschehen recht nahe stehen". Was die von *M.* als Mitbewegungen bezeichneten Bewegungen mit der Echolalie und Echopraxie verbindet, ist, wie er selbst nebenbei ganz richtig sagt, die seelische Ansteckung. Die äußeren Bedingungen sowohl, als die anatomisch-physiologischen Verhältnisse, unter denen seelische Ansteckung zustandekommt, sind nun aber doch von denen der Reflexabläufe sehr verschieden. Die psychologischen Vorgänge bei der seelischen Ansteckung sind eigenartig und noch nicht in allen ihren Teilen klar. Man verdeutlicht sie aber nicht, indem man sie mit äußerlich ähnlichen physiologischen Vorgängen begrifflich verkuppelt.

Nur kurz hinweisen möchte ich auf die verschiedenen im Jahre 1920 erschienenen Schriften über Suggestion und Hypnose, besonders die 2. Auflage des geschätzten Werkes von *L. Hirschlaff* (44) und die Vorlesungen von *Max Kauffmann* (54). Auch *L. Franks* (19) „Seelenleben und Erziehung" sei an dieser Stelle hervorgehoben.

Über *Th. Ziehens* (109) „Leitfaden der physiologischen Psychologie in 16 Vorlesungen" (elfte, umgearbeitete Auflage) im Rahmen eines kurzen Jahresberichtes Eingehendes zu sagen, ist natürlich unmöglich. Es ist bei dem Rufe des Verfassers und seines Werkes auch überflüssig. Die neue Auflage ist unter Benützung der umfangreichen psychologischen Literatur der letzten Jahre erweitert und umgearbeitet. Sie unterrichtet jetzt über das Gesamtgebiet der Psychologie. Wie ihre Vorgängerinnen versucht sie, die seelischen Tatsachen im Sinne der Assoziationsspychologie zu erklären.

Auch auf *Alexander Pfänders* treffliche, in neuer (zweiter) Auflage erschienene „Einführung in die Psychologie" (78) und auf *Josef Fröbes* nach dem Erscheinen des Schlußbandes nunmehr vollendet vorliegendes ausgezeichnetes „Lehrbuch der experimentellen Psychologie" (24) kann nur empfehlend hingewiesen werden. Das Studium des *Pfänder*schen Buches wird jedem zustattenkommen, der an die Psychologie als Neuling herantritt. *Fröbes*' Werk behandelt tatsächlich das Gesamtgebiet der empirischen Psychologie und gibt somit weit mehr noch, als sein Titel erwarten läßt.



2. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: O. Snell-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Baumann, Friedr.*, und *Rein, Oskar* (Landsberg a. d. Warthe), Zur Reform der Irrenfürsorge. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 1, S. 112.

2. *Böttcher, W.* (Leipzig), Die Rechtsverhältnisse bezüglich sexueller Vorkommnisse bei der Verwendung weiblichen Personals zur Pflege auf den Männerabteilungen öffentlicher Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 369.

3. *Bratz* (Dalldorf), Nervenabteilungen an den öffentlichen Irrenanstalten. Neurol. Zentralbl. Nr. 7, S. 221.

4. *Cimbal, Walther* (Altona), Die Irrenpflege und die Fürsorge für die geistig Verwahrlosenden. Blätter für Wohlfahrtspflege der Stadt Altona, Jahrg. 1, Nr. 7 u. 8, S. 82 u. 106. (S. 24*.)

5. *Cimbal, Walther* (Altona), Die geistige Verwahrlosung der heranwachsenden Jugend und ihre Bekämpfung. Blätter für Wohlfahrtspflege der Stadt Altona, Jahrg. 1, Nr. 8, S. 99. (S. 26*.)

6. *Fabinyi, Rudolf*, Zunahme der Tuberkulose in den Irrenanstalten während des Krieges. Orvosi hetilap Nr. 16—18.

7. *Falkenberg* (Herzberge), Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten? Vortragsbericht, Deutscher Verein f. Psych., Hamburg, Mai 1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 3/4, S. 223.

8. *Fleischhauer, N.* (Jena), Untersuchungen über Bazillenträger in einer Irrenanstalt. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 2, S. 240.

9. *Friedländer, Erich* (Lemgo), Das Schicksal des aus der Anstalt entlassenen Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 23/24, S. 185.

10. *Holub, Edmund* (Wien), Die Ärztefrage in den Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 25/26, S. 201.

11. *Kline, George M.* (Boston), Proposed reorganisation and consolidation of State Institutions of Massachusetts. The American journal of insanity vol. 76, no. 3, p. 321.

12. *Kolb* (Erlangen), Der ärztliche Dienst in den öffentlichen Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 5/6, S. 31. (S. 30*.)

13. *Kolb* (Erlangen), Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten? (Referat, erstattet bei der Hamburger Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Mai 1920.) Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17/18, S. 133; Nr. 21/22, S. 163.

14. *Krömer, F.* (Schleswig), Zur Jahrhundertfeier der Provinzial-Heilanstalt Schleswig (Stadtfeld). Psych.-neurol. Wschr. Nr. 25/26, S. 199.



15. *Liebers* (Dösen), Welchen Einfluß hatte die Kriegsernährung auf die Angehörigen der Heilanstalt Dösen? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 3/4. S. 18.

16. *Martin, Alfred* (Bad Nauheim), Die Pflege der Kranken, insbesondere der Geisteskranken und Aussätzigen im Landeshospital Haina zu Ende des 16. Jahrhunderts. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1/2, S. 5. (S. 24*.)

16a. *Nerlich* (Großschweidnitz), Die Entwicklung des sächsischen Irrenwesens. Vortrag, gehalten am 18. Oktober in der Volkshochschule zu Neugersdorf. Sonderdruck. (S. 24*.)

17. *Rizor* (Langenhagen-Hannover), Ergebnisse aus 50 Jahren der hannoverschen Anstaltsfürsorge für Geisteskranke. Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns Bd. 8, H. 3, S. 193. (S. 27*.)

18. *Schade, H. J. M.*, 1. Wie können wir die Heilchancen unserer Psychosepatienten verbessern? 2. Die Erniedrigung der Zahl der Heilungen in den Anstalten vom Jahre 1875 bis 1915. Neurotherapie Bd. 1. S. 63; Bd. 2, S. 1.

19. *Schott, A.* (Stettin i. Remstal), Statistisches zur Lehre vom Schwachsinn und von der Epilepsie. Ztschr. z. Erforschung u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinns Bd. 8, H. 3, S. 198.

19a. *Snell, O.* (Lüneburg), Die Prüfungen des Pflegepersonals in den hannoverschen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. Irrenpflege. Jahrg. 25. H. 7, S. 105. (S. 30*.)

20. *Vocke* (Eglfing-München), Die Ausbildung und Prüfung des Pflegepersonals in Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 33/34. S. 263. (S. 30*.)

21. *Wattenberg* (Strecknitz-Lübeck), Die Benennung unserer Heilanstalten eine Gegenwartsfrage. Vortragsbericht, Deutscher Verein f. Psych., Hamburg-Friedrichsberg, Mai 1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 3/4, S. 225.

22. *Wattenberg* (Strecknitz-Lübeck), Der Achtstundentag in der Heilanstalt Strecknitz. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 51/52, S. 385.

23. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Neuorganisation der Städtischen Nervenheilanstalt Chemnitz. Vortragsbericht, Deutscher Verein f. Psych., Hamburg-Friedrichsberg, Mai 1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 5/6, S. 377.

24. *Wende* (Kreuzburg, Oberschl.), Die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Kreuzburg in Oberschlesien. Verfaßt für die Ausstellung: Arbeit und Kultur in Oberschlesien. Breslau 1919.

25. *Werner, Gotthard* (Bedburg-Hau), Krieg und Krankenbestand. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 41/42, S. 313. (S. 24*.)

26. *Weygandt, Jürgens, Jakob, Kafka, Rittershaus*, Die Entwicklung der Hamburger Irrenfürsorge. Friedrichsberg in der Gegenwart. Die



wissenschaftlichen Einrichtungen. Veröffentlichungen aus der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg seit dem Jahre 1908. Festschrift anläßlich der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Hamburg, 27. und 28. Mai 1920. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 7/8, S. 49. (S. 23*.)
27. *Wickel, Carl* (Haina), Die Ausbildung des Pflegepersonals. Irrenpflege Nr. 5, S. 79. (S. 30*.)
28. *Wickel, C.* (Haina, Kloster), Aus der Geschichte des Landeshospitals Haina in Hessen. Irrenpflege, 24. Jahrg., Nr. 11, S. 197. (S. 24*.)
29. *Zingerle* (Graz), Die ärztlichen Aufgaben in den Hilfsschulen und Fürsorgeerziehungsanstalten. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 2/3, S. 266. (S. 29*.)

Historische Rückblicke über die Entwicklung der Irrenfürsorge mehren sich in der Fachliteratur. Es ist dieses besonders wertvoll insofern, als die Kriegszeiten in der Veröffentlichung von Anstaltsberichten große Lücken gelassen haben, die sich durch solche Rückblicke mit der Zeit werden ausgleichen lassen, vorzüglich dann, wenn statistisches Material die Grundlage bildet. Andererseits sehen die Heil- und Pflegeanstalten, sei es seit ihrer Errichtung, sei es in bezug auf ihre moderne Ausgestaltung, nunmehr auf einen genügenden Zeitraum zurück, der einen umfassenden Rückblick rechtfertigt. Von diesem Gedanken mag *Weygandt* ausgegangen sein, als er gelegentlich des 50jährigen Bestehens der Hamburger Staatsanstalt Friedrichsberg in einem vor der dortigen Beamtenschaft gehaltenen Vortrag über die Entwicklung Friedrichsbergs und des Hamburger Irrenwesens sprach (vgl. Literaturbericht zu Bd. 73, S. 142*) und einen höchst interessanten historischen Überblick gab, den wir in einer neuen Veröffentlichung (26) wiederfinden und zwar in erweiterter Form. Eine Beschreibung des gegenwärtigen Zustandes der Friedrichsberger Anstalt, der sich aus der Entwicklungsperiode der letzten 12 Jahre ergeben hat, schließt sich diesem Gesamtbilde der Hamburger Irrenfürsorge an. *Weygandt* führt uns an Hand seiner Ausführungen durch die Anstalt — ein beigefügter Lageplan läßt ersehen, welch imposanten Umfang sie hat —, wir lernen ihre großzügige Ausgestaltung kennen und gewinnen durch *Weygandts* geistvolle Erläuterungen eine Idee der Ziele, die hier ihre Auswirkung finden. — Die gesamte Organisation hat ihre Zentrale in einem neuen, großen Verwaltungsgebäude. Hier sind auch die Laboratorien, in denen eine Unsumme praktisch- und theoretisch-wissenschaftlicher Arbeit geleistet wird. Hier ist die Grundlage der 1919 errichteten Hamburger Universität für ihre psychiatrische Klinik, an deren Spitze *Weygandt* steht, hier befinden sich die klinischen Einrichtungen, das von *Jakob* geleitete histologisch-anatomische Institut, das serologische unter *Kafkas* Leitung, psychologische — *Rittershaus* —, für forensische Spezialstudien, gerichtliche Psychiatrie — Professor *Buchholz*. Eine reiche Apparatur, Bibliotheken, Sammlungen, Hörsäle (insgesamt etwa 60 Räume, 2500 qm Bodenfläche) stehen zur Verfügung. Ohne tiefgreifende Umlegungen konnten diese großzügigen Einrichtungen den Lehrzwecken dienstbar gemacht werden. Möge *Weygandts* Hoffen auf eine unentwegte Fortentwicklung der Anstalt auch in den Nöten der Zeit Verwirklichung finden.



Nerlich (16a), Direktor der Anstalt Großschweidnitz, veröffentlicht einen in einer Volksschule gehaltenen Vortrag. Verf. greift in der Geschichte des Irrenwesens ins graue Altertum zurück und gibt eine recht anschauliche Schilderung aus den verschiedenen Kulturperioden. Die Verhältnisse in Deutschland schildert er etwas breiter und geht auf die Entwicklung und die Geschichte der sächsischen Anstalten über. Eine einigermaßen humane Behandlung fanden die Geisteskranken erst etwa Ende des 18. Jahrhunderts durch die Bemühungen *Hayners*, jedoch faßten seine Grundsätze erst nach Jahrzehnten allgemeiner Fuß, er war inzwischen, 1806 in Waldheim, Anstaltsarzt geworden. Eine 1817 erschienene anklagende Schrift aus seiner Feder ,,Aufforderung an Regierungen, Obrigkeiten und Vorsteher der Irrenanstalten zur Abstellung einiger schwerer Gebrechen in der Behandlung der Irren" wirft ein trübes Licht auf noch vorhandene Barbarei und Rückständigkeit. Alsdann hält die sächsische Irrenpflege Schritt in der humaneren und wissenschaftlich gesichteten Gestaltung, wie sie in Deutschland überall sich nach und nach zu höchster Blüte entfaltete. Eine Übersicht über den Stand des sächsischen Irrenwesens aus dem Jahre 1913 (im Literaturbericht zu Bd. 71, S. 331* letztmals ausführlich behandelt) — zu Beginn 1913 waren in den Landesirrenanstalten untergebracht 10203 (5165 m. 5038 w.) Kranke — schließt die Veröffentlichung ab. Die Gesamtzahl der Geisteskranken in Sachsen konnte nach *N.* mit etwa 22000 auf eine Bevölkerung von 4½ Millionen angenommen werden, von den Kranken hält ein großer Teil sich noch in anderen Anstalten auf.

Eine ausführliche geschichtliche Darstellung beginnt *Wickel* (28) über das Landesspital Haina, Hessen-Kassel, in der ,,Irrenpflege"; darüber wird nach Abschluß der Arbeit im nächsten Literaturbericht zu berichten sein. *Martin* (16) bringt ebenfalls über Haina eine kurze anekdotische Studie aus der Zeit zu Ende des 16. Jahrhunderts. Unverstand, Schildbürgerei, gepaart mit Gutmütigkeit bereitete den armen elenden Menschen noch ein trauriges Schicksal.

Mit statistischen Aufzeichnungen aus Bedburg-Hau liefert *Werner* (25) einen guten Baustein zu einer Geschichte der Schicksale der Anstalten während der Kriegsjahre. Besonders interessieren die Tabellen über Sterblichkeit, wobei allerdings zu bemerken ist, daß eine starke Belegung mit Siechen vorhanden war. Die absoluten Zahlen steigen langsam an bis Winter 1916/17 (1912 = 75, 1913 = 92, 1914 = 178, 1915 = 213, 1916 = 256), 1917 brachte die doppelte Zahl als im Vorjahre, hauptsächlich infolge der Ödemkrankheit. 1918 erneutes Ansteigen infolge Grippe mit 66 Todesfällen. Eine Typhusepidemie, gelegentliche Ruhrerkrankungen treten kaum bei der graphischen Darstellung hervor.

Cimbal (4) gibt ein Bild der Altonaer Irrenpflege, eine Form, die von der ähnlich großer deutscher Städte wesentlich verschieden ist. Altona besitzt nicht wie jene eine eigene umfangreiche Irrenanstalt, die über eine große Bettenzahl verfügt bei einer verhältnismäßig kleinen Aufnahmezahl, sondern sie hat in den beiden Irrenabteilungen des städtischen Krankenhauses und des Altersheims Einrichtungen (Stationen), die bei verhältnismäßig geringer Bettenzahl, aber außerordentlich großer Aufnahmezahl die gestellten Aufgaben eines vielgestaltigen abwechselungsreichen Arbeitsgebietes zu bewältigen sucht und dieses auch durch-

führt. Die Altonaer Einrichtung stellt einen Typus des Irrenwesens dar, der im In- und Auslande vielfach nachgeahmt wohl die zweckmäßigste Lösung der Irrenversorgungsfrage darstellt, mit denkbar geringsten Mitteln, also geringster Belastung der städtischen Ausgaben, erfolgreich zu wirken. Dieses wird erreicht durch Überführung der Aufgenommenen nach einer verhältnismäßig kurzen Beobachtungszeit in andere zweckentsprechende vorwiegend provinzielle Anstalten. Geisteskranke Schwerverbrecher z. B. kommen von Altona aus nach Neustadt in Holstein, schwer erregte akute Fälle zur Universitätsnervenklinik Kiel, schwachsinnige Kinder nach Hamburg-Alsterdorf, Arbeitsfähige nach Schleswig, Trinker nach Salem oder Bordesholm. Epileptiker werden meist nach Bethel-Bielefeld überwiesen. Einleuchtend, daß eine derartige Freiheit der Verteilung zweckmäßiger und für den Verlauf der Krankheit vorteilhafter ist als gemeinsame Unterbringung aller Kranken in einer einzigen großen Anstalt. Anderweit wird durch die energisch einsetzende Frühbehandlung (akute Psychosen) oder Pflege solcher, die nach kurzer Frist der Genesung zugeführt werden können (Unruhe, Schwäche, Zustände des Alterns), erreicht, daß sie zur Familie oder nach Anstalten reinen Pflegecharakters entlassen werden können. Schwierigkeiten ergeben sich nur insofern, als es oft nicht gelingt, die Überführungen nach anderen Anstalten so rasch durchzusetzen, als es bei der zur Verfügung stehenden beschränkten Bettenanzahl notwendig wäre. Hier kann jedoch Abhilfe geschaffen werden, für Altona vollends dann, wenn eine Wirtschaftsgemeinschaft von Groß-Hamburg gebildet sein wird, die es ermöglicht zu gleichen Verpflegungssätzen wie den Einheimischen Kranke nach Friedrichsberg und Langenhorn abzugeben. Eine besondere Notwendigkeit sieht *C.* noch in einem Ausbau der Trinkerfürsorge und knüpft daran die interessante Bemerkung, daß die Trinkerkrankheit, obwohl sie gegen früher (jährlich 200—300 Aufnahmen) wesentlich seltener geworden sei, eine auffallende Schwere der Erkrankungen zeige, die als Folge der Vergiftung mit schlechtem Schnaps oder Grog, abgebranntem Brennspiritus u. dgl. angesehen werden müsse und die Heilung der Trinkerkranken sehr erschwere. Sodann berührt *C.* das Gebiet der jugendlichen Verwahrlosung (vgl. folgendes Referat), hier seien die Anforderungen gewaltig gestiegen; die getroffenen Vorkehrungen aber seien umfassend. Grundsätzlich werden alle Fürsorgezöglinge, jugendliche Rechtsbrecher usw. zunächst der psychiatrischen Krankenhaus-Station zugeführt, dort beobachtet, auf ihre Erziehbarkeit untersucht und erst dann zur Unterbringung an andere Stellen abgegeben. Daneben gehe Hand in Hand jede Beobachtungs- und Verwahrungstätigkeit der Station; besonders ist es die Versorgung einer anderen Verwahrlostengruppe, die der sogenannten geisteskranken Verbrecher, ein erschreckend hohes Kontingent, die den Betrieb auf der Station stark belastet, und zwar besonders dadurch, daß sie nach jeder Straftat aufgenommen und oft viele Monate verpflegt werden müssen, ehe ihre Übernahme in andere Anstalten bewerkstelligt werden kann; zudem bilden sie fortgesetzt ein Element, das an Unruhe, Gefährlichkeit und Schwierigkeit alle anderen Krankheitsgruppen übertrifft und störend auf das Wohlergehen der anderen Kranken wirkt. Unter diesen Leuten ist „eine erhebliche Anzahl berufsmäßiger Schwindler, Feinde der Gesellschaft, die erfahrungsgemäß erlangte Freisprechungen



(besonders solche der Kriegsgerichte) benutzen, um im gewöhnlichen Verbrechen unzurechnungsfähig zu erscheinen", je nach Umständen, fährt *C.* fort, operieren sie mit Gutachtenabschriften, nach denen sie geisteskrank und unzurechnungsfähig oder als geistig gesund und nicht anstaltsbedürftig erscheinen; erste Serie bestimmt um Freisprechung zu erzielen, die andere, um in Anstalten die Entlassung zu erzwingen. Hierin liegt eine besondere Gefahr, der, wie *C.* treffend bemerkt, nur dadurch begegnet werden kann, daß grundsätzlich vor einer etwaigen Freisprechung ein klinisches Urteil verlangt wird, das dem späteren Teile des Verwaltungsverfahrens für die Feststellung verantwortlich ist. *C.* schließt seine Ausführungen mit dem Hinweis, daß das Altonaer System den Anforderungen der Zeit gewachsen bleiben wird, nur verhältnismäßig geringe Aufwendungen zu machen sind, um die bestehende Form der Irrenpflege einzuhalten.

In einer weiteren Veröffentlichung geht *Cimbal* (5) auf das Verwahrlosungsproblem der Jugendlichen näher ein, stellt einen Kanon der verschiedenen Formen der Verwahrlosung auf und sondert scharf das Gebiet der „inneren geistigen" Verwahrlosung aus. Den Begriff der Verwahrlosung des Einzelnen stellt *C.* gegenüber der „allgemeinen" Verwahrlosung, der Verwahrlosung breiter Volkskreise und ganzer Völker, wie sie die kriegerischen und revolutionären Zeiten als gesetzmäßigen psychologischen Vorgang hervorbringen. Eine Abgrenzung des Verwahrlosungsbegriffes in den staatlichen Gesetzen, Kommentaren und wissenschaftlichen Lehrbüchern findet *C.* bislang nicht gegeben. Im Sinne des Gesetzes muß eine „äußere Verwahrlosung", die sich also auf körperliche, wirtschaftliche Lage und äußere Lebensgewohnheiten bezieht, unterschieden werden, von der „inneren, geistigen Verwahrlosung", die der eigentliche Gegenstand des Erziehungsverfahrens ist. Nicht gleichbedeutend mit Verwahrlosung ist Not, Unordnung der Lebensführung, Ungehorsam; hierbei ist der Staat niemals berechtigt in die Erziehungsrechte der Eltern, des Vormundes oder Lehrers einzugreifen, Fürsorgeerziehung anzuordnen. Echte Verwahrlosung dokumentiert sich besonders in den drei Gruppen: Anführer und Hauptmitglieder jugendlicher Verbrecherbanden, es sollten aber auch die anderen Mitglieder dieser Banden nicht unberücksichtigt bleiben, da sie infolge des Eindringens der geistigen Infektion gemeingefährlich sein werden. Eine andere Gruppe bilden die Jugendlichen verwahrlosender Familien — die Eltern sind außerstande die Kinder zu erziehen —, fast immer ist die Unfähigkeit keine schuldhafte, sondern eine krankhafte. Hier ist die Zwangserziehung eine besondere Wohltat. Unbedingt erforderlich ist sie für die dritte Gruppe, die der jugendlichen Gewohnheitsverbrecher, bei denen weder Strafe noch Ermahnung das geringste nutzt. Häufig findet sich in diesen Gruppen schon innere geistige Verwahrlosung des äußeren zugesellt; als wesentliche Ursache jedoch sind die Einflüsse der Umgebung anzusehen und deshalb sind sie als „äußere Verwahrlosung" bezeichnet; daß *C.* sie nicht „echte" äußere Verwahrlosung nennt, könnte verwirrend wirken. — Den wichtigsten Teil des Fürsorgewesens bilden die überwiegend inneren Verwahrlosungsformen, worin Entscheidung und Erziehbarkeit viel schwieriger sind. Auch hier ließen sich Gruppen bilden; solche, die durch Erfahrungen der letzten Jahre, psychologische Beobachtungen, scharf beleuchtet werden, sind überwiegend den Entwicklungs-

jahren derjenigen Mädchen eigen, die im freien oder Erwerbsleben keineswegs schwere Störungen bieten, aber von dem Augenblick an, an dem sie festgehalten werden, sich außerordentlich widerspenstig zeigen, sich unter Umständen unzüchtig gebärden. Andere wieder zeigen einen ungestümen Freiheitsdrang, machen fortgesetzt Fluchtversuche und wirken auf die Umgebung zersetzend. Hier ist eine Parallele einer gleichartigen schweren Verwahrlosung, wie sie im Heeresmaterial (junge Rekruten) oft gefunden wurde. Endlich ist eine dritte Gruppe zu erwähnen, die seit dem Kriege groß geworden ist. Es sind die durch Krankheitsvortäuschung sich von Pflichterfüllung oder den Folgen schlimmer Handlungen zu drücken versuchen. Hier hat das schlechte Beispiel der Kriegsdrückeberger, der Simulanten und falschen Kriegsneurotiker übel gewirkt und auf die Jugendlichen übergegriffen, die sich nun solcher Machenschaften mit aller Raffiniertheit bedienen möchten. Vielleicht ist hier Irrenfürsorge mehr am Platze und es ist bedrohlich, wie durch solche Elemente die Fürsorgeerziehung belastet wird. Krank und unerziehbar sind von allen nur wenige; nicht mehr wie 1/4 der Verwahrlosenden ist hier zu nennen. — *C.* geht dazu über zu zeigen, wie entscheidend die psychologische Begutachtung des Einzelfalles ist, wie energisch der Kampf gegen jugendliche Verwahrlosung fortgesetzt werden muß. Die Fürsorgeerziehung darf keine Probierstube für soziale Probleme sein, sagt *C.*, es ist eine Notwendigkeit, daß diejenigen, die sich mit der Zwangsfürsorge zu befassen haben, nicht nur schematisch urteilen, sondern auch psychologisch-pädagogische Kenntnisse besitzen, die sie befähigen, die praktische Bedeutung ihrer Tätigkeit zu würdigen.

Rizor (17) verfügt über ein ausgezeichnetes statistisches Material, aus dem hervorgeht, wie zielbewußt aus den Anfängen heraus nicht nur den wirtschaftlichen, sondern vornehmlich den ärztlichen Gesichtspunkten in der hannoverschen Anstaltsfürsorge für Geistesschwache Rechnung getragen ist. Es handelt sich um einen Rückblick auf die Entwicklung der großen Langenhagener Anstalt in den letzten 50 Jahren, abschließend mit dem Jahre 1912. Die Arbeit *Rizors* stammt aus der Vorkriegszeit, wurde 1914 der Redaktion der Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns eingereicht, kam jedoch erst 1920 zur Veröffentlichung (Bd. 8, H. 3). Im Jahre 1862 wurden in der Idiotenanstalt Langenhagen 39 Kranke (23 m. 16 w.) aufgenommen. 1912 hatte die Anstalt einen Bestand von 786 Kranken (417 m. 369 w.). Das Gesetz vom 11. Juli 1891, das die Fürsorge der Schwachsinnigen auf eine breitere Basis gestellt hat, besonders aber die Jahre 1893, brachten ein starkes Anwachsen der Bestandesziffer mit sich, das nach der von dem damaligen Direktor der Anstalt *Voelker* ausgesprochenen Ansicht nicht so sehr eine Wirkung des Gesetzes war, sondern ebenso wie ein späteres auffallendes Nachlassen des Zugangs in natürlichen Schwankungen der Krankenbewegung überhaupt seinen Grund gehabt hat. War die Neuordnung, die besonders die kleineren Armenverbände entlasteten, durchgeführt, so blieb der Zugang stabil. Im Mittel beträgt er 15,7 Kranke p. a. Momente der Entlassungen spielen dabei eine große Rolle. Die Insassen der Anstalt sind in zwei Hauptgruppen eingeteilt, die der „Zöglinge“ und die der „Idioten“; diese Trennung geschieht vom rein praktischen Standpunkte aus, klinisch decken die Gruppen sich nicht. Die Zahl der



Idioten ist verhältnismäßig gering. Nach einer Tabelle von 1912 finden sich nur bei 20,2% des Bestandes gravierende Symptome, die für das Krankheitsbild der Idiotie charakterisch sind; nach dieser Tabelle (VI) entfallen auf Zöglinge 4,5, auf Pfleglinge 15,7% des Bestandes (1/5 Zöglinge, 4/5 Pfleglinge); von diesen 15,7% sind 10,8% im Alter von unter 20 Jahren. *Rizor* untersucht das gesamte Aufnahmematerial kritisch, es handelt sich um eine Gesamtzahl von 2889 Aufnahmen im Laufe der 50 Jahre. Seine Ausführungen sind sehr anschaulich, mit den Krankheitsformen beschäftigt er sich eingehend. Er kommt dabei auf recht interessante Ergebnisse über Erblichkeit und über den Einfluß der Trunksucht. Psychoneurotische Belastung war in den Jahren 1862—1889 bei 1040 Aufnahmen festzustellen mit 32,1%; 1862—1892 bei 1300 Aufnahmen mit 50,4%; 1862—1902 = 2037 Aufnahmen, 55,4%; 1862—1912 = 2889 Aufnahmen, 50,3%. Die Art der Belastung durch Familienanlage (Vater-, Mutterseite usw.) ist ebenfalls statistisch ersichtlich. Über Trunksucht, Tuberkulose, Lues existieren tabellarische Aufzeichnungen gleichfalls. Trunksucht ergibt in den obengenannten Zeiträumen und Bestandesziffern die prozentualen Sätze 13,9—18—20,8—20,3%; durchschnittlich kann psychoneurotische Belastung und Trunksucht auf 70,7% mit Sicherheit angenommen werden. Die auslösenden Ursachen sind ebenfalls statistisch berücksichtigt; da stehen in bezug auf Früh- und erschwerte Geburt 10% zu Buch, fieberhafte Erkrankungen 10%, Meningitis u. dgl. 7,4%, Kopfverletzung 3,3%, Schwangerschaftspsychosen 3,1%. *Rizor* weist darauf hin, daß bei der Beurteilung der exogenen Momente mit nicht geringerer Skepsis verfahren werden müsse, als es die Beurteilung der Erblichkeit erfordert. Besonders wesentlich erscheint *R.* der Einblick in die Familienverhältnisse (Tabellen X, XI und XII), und zwar über die Altersverhältnisse der Eltern zur Zeit der Geburt des aufgenommenen Kranken und über den Kin erreichtum der Eltern zur Zeit der Aufnahme des idiotischen Kindes; es ergibt sich daraus die auffallende Tatsache, daß „die Mehrzahl der aufgenommenen Idioten sozusagen in den besten Lebensjahren der Eltern gezeugt sind und daß sie aus kinderreichen Familien stammen"; zudem zeigt sich, daß „unter den Geschwistern zur Zeit der Aufnahme des idiotischen Kindes im Durchschnitt 56,4% körperlich und geistig gesund leben". Von den Geistesschwachen selbst sind durchschnittlich 60,8% der Aufgenommenen mit der Mutterbrust genährt, von ihnen litten an Skrophulose 16,9%, waren gelähmt 12,5%, zeigten Mängel der Sprache 25,9%, fehlende Sprache 8,1%, desgleichen Sehvermögen 6%. Von den Aufgenommenen haben (in den Jahren 1900—1910) vor der Aufnahme die Schule gar nicht besucht 43,2%, ohne Erfolg 26,2%. Auf das Hilfsschulwesen geht *R.* sehr ausführlich ein. Weiter behandelt er die Statistik der Entlassungen und der Mortalität. Tuberkulosesterblichkeit steht im Vordergrund, Tabelle XXI ergibt in den vorerwähnten Jahresspatien folgende Zahlen: 33% Tuberkulose Todesursache, im Sektionsbefund 33%; 40,8 : 36,9; 37,7 : 34,4; 27,6 : 32,5%. Nach einer beigefügten Kurve ist ein erhebliches Sinken der Tuberkulosesterblichkeit zu vermerken, besonders zeitlich, nach dem durch Umbau und Neubauten den hygienischen Anforderungen wesentlich besser entsprochen werden kann; damit ist auch die Gefahr der Überfüllung beseitigt, der 1886 noch eine sehr hohe Tuberkulosesterblichkeit zugeschrieben werden

mußte. Der Tuberkulosefrage an sich widmet *R.* einen längeren lesenswerten Essay. Die Statistik der körperlichen Entwicklung ist ebenfalls gesichtet. *R.*s Arbeit ist zweifellos von seltener Gründlichkeit. Seine Absicht, Grundlagen für Perspektiven für die Zukunft zu schaffen, darf als durchaus erreicht angesehen werden. Die Bedeutung einer exakt durchgeführten Anstaltsstatistik tritt in helles Licht.

Auch *Zingerle* (29) beschäftigt sich mit der Schwachsinnigenfürsorgefrage; seine Arbeit ist vom österreichischen Standpunkt aus gesehen. Die dortigen Einrichtungen sind von den deutschen insofern verschieden, als die Mehrzahl der Schwachsinnigen sich nicht in Anstalten befindet, zum großen Teil noch in der Familie lebt oder anderweitig untergebracht ist; außerdem ist die große Zahl von Kretinen, besonders gibt es diese in der Steiermark, zu berücksichtigen. Die Fürsorge ist deshalb auf andere Wege angewiesen und hier sind die Hilfsschulen von segensreicher Bedeutung. Für die Hilfsschulenbewegung setzt sich *Z.* mit ganzer Hingabe ein und so richten sich seine Bemühungen auf die ärztlichen Fürsorgemaßnahmen und er erkennt auch an, daß die pädagogischen Hilfskräfte, die Lehrer und die Fürsorger, von der Notwendigkeit des Zusammenarbeitens mit dem Arzte überzeugt sind. Die Stellung des Hilfsschularztes ist wohl eine gesicherte, dennoch ist es nach *Z.* eine selbstverständliche Forderung, daß der Hilfsschularzt auch wirklich Kenntnis der Nerven- und Geisteskrankheiten hat, die Pathologie der kindlichen Schwachsinnsformen und die Methoden der Erkennung praktisch beherrscht. Auch in der engeren ärztlichen Tätigkeit soll er fachlich durchbildet sein, ebenso in der Lage sein, an den sozialen Aufgaben der Vorbeugung und Bekämpfung tätig zu wirken. Ist er mit all diesen Erfordernissen ausgerüstet, so wird Anerkennung und Berechtigung nicht erschwert werden, daß nur ihm die Entscheidungen über Aufnahme und Kontrolle zukommt. Nur den erziehbaren Schwachsinnsformen soll die Hilfsschule offen stehen, schwere Idiotie, weitgehende Sinnes- und Sprachgebrechen, Darniederliegen der einfachsten geistigen Fähigkeiten, besonders auch nichtschwachsinnige Kinder mit sozialen Gebrechen, Verwahrloste, solche mit mangelhafter Pflege und körperlichen Gebrechen abschreckender Art, mit häufigen epileptischen Anfällen usw. sind vom Schulbesuch fernzuhalten, fortschreitende Blödsinnsformen sind ganz ungeeignet. Ist die Aufnahme ähnlich gearteter Kinder nicht zu umgehen, so müssen für sie besondere Abteilungen eingerichtet werden. Es ist Sache der ärztlichen Untersuchung vor der Aufnahme schon die besprochenen Gesichtspunkte zu berücksichtigen, Krankenblätter sind über die zugelassenen Kinder zu führen; über die Ätiologie der Krankheitsformen muß sich der Schularzt unbedingt klar sein, Nachuntersuchungen müssen stattfinden. Über alle diese Dinge spricht *Z.* ausführlich, ebenso über die Krankheitsformen selbst und ihre gegenwärtige Stellung in der Psychiatrie. Dem Schularzt steht auch die Behandlung vorübergehender psychotischer Zustände der Kinder zu, die Lehrer muß er, wenn erforderlich, entsprechend aufklären. Die geistige Fortentwicklung des Kindes außerhalb der Schule und nach der Entlassung soll ihn interessieren.

Eine weitere Betrachtung widmet *Z.* den Fürsorgeerziehungsanstalten für Verwahrloste und sittlich Gefährdete und schließt sich den Ansichten *Gregor-Voigtländers* an, ebenso erörtert er das Gebiet der Psychopathie und Gemeingefährlichkeit



(*Reukauff*). In einem besonderen Anhang stellt *Z.* Gesichtspunkte für die Untersuchung der Hilfsschüler und der Fürsorgezöglinge ein und äußert sich eingehend über das Kapitel der Intelligenzprüfung; lebhaft beschäftigt er sich mit der Methode *Binet-Simon*, der er weiteren Ausbau wünscht, spricht anerkannte Einzelmethoden durch und empfiehlt für das 6. Lebensjahr das Untersuchungsschema von *Helene Friederike Stelzner* (Ztschr. f. d. Erf. Bd. 5), das für den Hilfsschularzt recht brauchbar sei.

Nach *Wickel* (27) ist die Ausbildung des Pflegepersonals insbesondere in den letzten 25 Jahren Gegenstand der Fürsorge der Irrenärzte gewesen. Verf. geht die Literatur in dieser Beziehung durch und kommt zu dem Resultat, daß im allgemeinen, an den größeren Anstalten wenigstens, ein praktischer und auch theoretischer Unterricht eingehalten wurde. Auch *Vocke* (20) richtet an die psychiatrischen Ärzte dringende Worte in dieser Angelegenheit und stellt ebenso wie *Wickel* Richtlinien auf, nach denen Ausbildung und Prüfung des Personals organisatorisch erfolgen soll. Die Forderung nach einer staatlichen Regelung ist inzwischen nach dem grundlegenden Erlaß vom 27. Januar 1920 erfolgt. *Vocke* hat diesen im Verein Bayerischer Psychiater des näheren erörtert. Wie sich in der Praxis Ausbildung und Prüfung nunmehr gestaltet, dafür ist ein Bericht *Snells* (19 a), der Mitglied der Prüfungskommission für die Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Hannover ist, beachtenswert. Wir ersehen, daß es darauf ankommt, die Ausbildung in wissenschaftlichen Dingen in für den Pflegedienst praktischen Grenzen zu halten, nicht einer ungesunden Überbildung Vorschub zu leisten.

Kolb (12) geht auf eine Neugestaltung des ärztlichen Dienstes an den Anstalten ein und macht Vorschläge zur praktischen Durchführung. Er stützt sich dabei auf eine vom Verein Bayerischer Anstaltsärzte ausgearbeitete Denkschrift, die seines Erachtens richtige und von idealer Auffassung getragene Ansichten enthält; auch der Entwurf zu einer neuen Anweisung für den ärztlichen Dienst in den Brandenburgischen Anstalten unterzog er einer Bearbeitung. Inzwischen wird eine Regelung überall eingesetzt haben, die Wünschen und Forderungen gerecht zu werden sich bestrebt.

II. Anstaltsberichte.

1. **Berlin.** Bericht der Deputation für die städtische Irrenpflege für das Rechnungsjahr 1917. (S. 32*.)
2. **Bernische Kantonale Anstalten** Waldau, Münsingen und Bellelay. Bericht für 1919. (S. 44*.)
3. **Breslau**, Bericht des Städt. Gesundheitsamtes über die Allgemeinen Krankenhäuser der Stadt Breslau für das Rechnungsjahr 1919. (S. 33*.)
4. **Breslau**, Städt. Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1919. Dir.: Primärarzt Dr. *Hahn*. (S. 33*.)
5. **Burghölzli**, Zürcherische Kantonale Heilanstalt. Bericht für 1919. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler*. (S. 45*.)



6. **Cery** (Lausanne). Asile. Rapport annuel 1919. Dir.: Dr. *Mahaim.* (S. 47*.)
7. **Domjüch**, Mecklenburg-Strelitzsche Landes-Heilanstalt bei Strelitz (Alt). Bericht für 1918/20. Dir.: San.-Rat Dr. *Starke.* (S. 37*.)
8. **Eglfing** bei München, Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1919. Dir. Dr. *Vocke.* (S. 43*.)
9. **Eichberg** im Rheingau, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1919/20. Dir. *Wachsmuth.* (S. 36*.)
0. **Ellen** (Bremen), St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenkranke. Berichte für 1918 u. 1919. Dir. Prof. Dr. *Delbrück.* (S. 38*.)
1. **Ellikon** a. d. Thur, Trinkerheilstätte. Bericht für 1919. (S. 45*.)
2. **Friedmatt** (Basel), Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1919. (S. 45*.)
3. **Gehlsheim**, Mecklenburg-Schwerinsche Heil- und Pflegeanstalt (Psychiatrische und Nervenklinik) bei Rostock i. Meckl. Bericht für 1919/20. Dir.: Prof. Dr. *Kleist.* (S. 37*.)
4. **St. Getreu zu Bamberg**, Städt. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht über die Jahre 1917, 1918 und 1919. Dir.: Dr. *Bott.* (S. 43*.)
5. **Herborn**, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1919. Dir.: San.-Rat Dr. *R. Snell.* (S. 37*.)
16. **Königsfelden** (Aargau), Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1919. (S. 46*.)
17. **Lewenberg** zu Schwerin, Heil- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder. Berichte für 1918/1919 u. 1919/20. Dir.: Med.-Rat Dr. *Rust.* (S. 37*.)
18. **Lindenhaus bei Lemgo**, Lippische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1919. Dir.: Med.-Rat Dr. *Alter.* (S. 35*.)
19. **Münsterlingen**, Thurgauische Irrenanstalt. Bericht für 1919. Dir.: Dr. *Wille.* (S. 46*.)
20. **Neustadt** i. Holst., Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1919/20. Dir.: San.-Rat Dr. *Hinrichs.* (S. 33*.)
21. **Realta** (Chur), Kantonales Asyl. Erster Jahresbericht. 1919. (S. 44*.)
22. **Rheinprovinz**, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. Bericht für 1918/19. Düsseldorf, Der Landeshauptmann. (S. 35*.)
23. **Rosegg** (Solothurn), Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1919. Dir. Dr. *Greppin.* (S. 46*.)
24. **Sachsen.** Jahresberichte des Landesgesundheitsamtes über das Irrenwesen in Sachsen auf die Jahre 1914—1918. (S. 39*.)
25. **Santiago de Chile.** Casa de Orates. Movimento en el annõ 1919. Dir.: Dr. *Letelier-Grez.* (S. 47*.)
26. **Schleswig-Stadtfeld.** Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1919/20. Dir.: Dr. *Kirchhoff.* (S. 33*.)
27. **Steinmühle-Obererlenbach**, Arbeits-Lehr-Kolonie und Beobach-

tungsanstalt. Bericht für 1919/20. Dir.: Prof. Dr. *von Düring* (S. 36*.)

28. **Strecknitz-Lübeck**, Anstalt des Lübeckischen Staates für Nervöse und Geisteskranke. Bericht für 1919. Dir.: Prof. Dr. *Wattenberg* (S. 38*.)
29. **Valeriusplein** te Amsterdam. Geneeskundig Verlsag van de Psychiatrische en Neurologische Kliniek over het Jaar 1919. Dir.: *L. Bouman.* (S. 47*.)
30. **Waldhaus** (Chur), Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht für 1919. Dir.: Dr. *Jörger.* (S. 44*.)
31. **Wehnen**, Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1919. Dir.: O.-Med.-Rat Dr. *Brümmer.* (S. 39*.)
32. **Westfälische Anstalten** für Geisteskranke und Idioten. Berichte für 1918/19 u. 1919/20. (S. 34*.)
33. **Wil** (St. Gallen), Kantonales Asyl. Bericht für 1919. Dir.: Dr. *Schiller* (S. 46*.)

In den **Berliner Anstalten** (1) gestaltete sich nach dem 1921 ausgegebenen Bericht für 1917 die Krankenbewegung wie folgt: Gesamtanfangsbestand 1. April 1917 = 7211 (3430 m. 3781 w.). Zugang 3003 (1682 m. 1321 w.). Abgang 4709 (2631 m. 2078 w.). Bleibt Bestand 1. April 1918 = 5505 (2481 m. 3024 w.).

Im einzelnen:	Dalldorf		Herzberge		Buch		Wuhlgarten	
Anfangsbestand..	1128 m.	1276 w.	686 m.	774 w.	931 m.	1121 w.	685 m.	610 w.
Zugang	317 ,,	297 ,,	550 ,,	409 ,,	572 ,,	500 ,,	243 ,,	115 ,,
Abgang	702 ,,	744 ,,	752 ,,	512 ,,	759 ,,	630 ,,	418 ,,	192 ,,
Schlußbestand...	743 ,,	829 ,,	484 ,,	671 ,,	744 ,,	991 ,,	510 ,,	533 ,,

Davon in Familienpflege 441 (206 m. 235 w.), in Privatirrenanstalten 314. Von den Militärbehörden, Kriegsfürsorge überwiesen 25 M. 5 Fr.

Krankheitsformen der Aufgenommenen: an einfacher Seelenstörung litten insgesamt 64 %, paralytischer Seelenstörung 8 %, Seelenstörung mit Epilepsie 10 %, und Hysterie 2 %, Idiotie, Imbezillität 14 %, chron. Alkoholismus 0,9 %. Zur Beobachtung aufgenommen 1 %. Polizeilich eingewiesen 5 %, aus Strafanstalten 0,7 %, aus Fürsorgeerziehung 0,7 %. Mit den Strafgesetzen in Konflikt 438 M. 72 Fr. = 66 % und 89 %, gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch bei 213 M. 9 Fr. = 33 % u. 11 %. Erbliche Belastung der in Wuhlgarten untergebrachten an Epilepsie, Hysterie und Hystero-Epilepsie Leidenden, hauptsächlich Abstammung von trunksüchtigen Eltern bei 28 % M. (67), 26 % Fr. (30), 20 % Knaben (6), 17 % Md. (3). Bestraft (Wuhlgarten) 40 % M. (97), 0,5 % Fr. (1). Insgesamt geheilt und gebessert entlassen 22 %, aus der Beobachtung entlassen 55 M. 7 [illegible] Gestorben bei einem Gesamt-Verpflegungsbestand von 10 214 (5112 m. 5102) 1244 m. (50 %), 981 w. (56 %) des Abgangs, davon an Erschöpfung 16 % [illegible] 16% w., Herzschwäche 43 % m. 25 % w., Schwindsucht 2 % m. 4 % w., Lunge[illegible]

hwindsucht 4 % m. 1 % w., Tuberkulose der Lungen 1 % m. 2 % w. — Ruhr, hrähnliche Darmkrankheiten in Dalldorf 26 Kr., Ruhr Herzberge 76 Kr., Buch 5 Kr., Todesfälle 13, 43, 103. —

Breslau, Allgemeine Krankenhäuser (3). Das städt. Gesundheitsamt gibt n Bericht heraus. Krankenbewegung, Hospital zu Allerheiligen: Anfangsstand 1919 = 692 (260 m. 432 w.). Zugang 9081 (3640 m. 5435 w.). Schlußstand 700 (309 m. 391 w.). Gestorben 9,9 % des Abgangs. Poliklinisch behandelt 2 m. Zivilpersonen, 402 Militärs, 2611 Fr. Röntgeninstitut der inneren Abt. 34 Durchleuchtungen (einschl. Militär), 38 Bestrahlungen. In der neurolg. Abt. handelt 57 Zivilpatienten, 82 Militärs, in der Militärambulantenstation 448 Bendlungsfälle, 732 untersucht, begutachtet. Serolog. Institut der Hautabteilung 854 Blutuntersuchungen, 4800 mehr als im Vorjahre. — Wilhelm-Augusta-inder) Hospital: Anfangsbestand 20 (11 m. 9 w.). Neuaufnahmen 371 (173 m. 3 w.). — Wenzel-Hanke-Krankenhaus: Anfangsbestand 296 (115 m. 181 w.). fnahmen 3649 (1459 m. 2190 w.). Schlußbestand 263 (91 m. 172 w.). Gestorben 8 % des Abgangs. Mil.-Lazarettkranke mit 11 169 Verpfl.-Tagen (Zahl nicht tgestellt). Poliklinisch behandelt 2472, chirurg. 814 med. Fälle, Durchleuchigen 776, Bestrahlungen 1108, Höhensonnenbestrahlungen 1531. Die Soziale ankenhaus-Fürsorge entfaltete segensreiche Tätigkeit.

Breslau, Heil- und Pflegeanstalt (4): Anfangsbestand 104 (51 m. 53 w.). gang 676 (379 m. 297 w.). Abgang 689 (348 m. 241 w.). Unter den Verpflegten Heeresangehörige. Vom Zugang litten an einfachen erworbenen Psychosen 215 0 m. 115 w.), konstitutionellen und angeborenen Psychosen 126 (71 m. 55 w.), leptisch-hysterischen Formen 98 (55 m. 43 w.), alkoholischen und anderen oxikativen Psychosen 67 (63 m. 4 w.), paralytischen, senilen u. a. organischen isteskrankheiten 157 (83 m. 74 w.), unklaren Psychosen 3 m. 2 w., moribund geliefert 1 m., nicht geisteskrank 3 m 4 w. Geheilt entlassen 60 (42 m. 18 w.), essert 268 (180 m. 88 w.), ungeheilt 171 (80 m. 91 w.), davon in andere Anlten übergeführt 44 m. 48 w. Gestorben 90 (46 m. 91 w.). Poliklinik wieder ernet 1. Okt. 1919, behandelt 33 m. 27 w. — Gesamtausgaben: 1 031 516, 66 M.

Neustadt in Holstein (20): Anfangsbestand 526 (242 M. 284 Fr.). Zugang . (68 M. 103 Fr.). Abgang 156 (82 M. 74 Fr.). Bleibt Bestand 541 (228 M. 313), davon in Familienpflege 21 (7 M. 14 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher lenstörung 87 (33 M. 54 Fr.), paralytischer 10 (4 M. 6 Fr.), Imbezillität, Idiotie, etinismus 49 (21 M. 28 Fr.), Epilepsie 19 (5 M. 14 Fr.), anderen Krankheiten Nervensystems 3 (2 M. 1 Fr.), Alkoholismus —; zur Beobachtung 2 M., nicht steskrank 1 M. Vorbestraft von den Aufnahmen 13,2 %, Erblichkeit lag vor bei 6 % M., 29,1 % Fr., Trunksucht 5,8 % M., 0,9 % Fr. Tuberkulös erkrankt % der Fr. Entlassen geheilt, gebessert 55 (32 M. 23 Fr.). Gestorben 82 (42 M. Fr.), davon infolge Lungentuberkulose 35 (22 M. 13 Fr.). Mortalität geringer gen das Vorjahr (158 zu 82). — Gesamtausgabe: 1 745 082,32 M.

Schleswig-Stadtfeld (26): Anfangsbestand 828 (376 M. 452 Fr.). Zuig 399 (202 M. 197 Fr.). Abgang 337 (165 M. 172 Fr.). Bleibt Bestand 890 3 M. 477 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 293 (138 M.



155 Fr.), paralytischer 20 (16 M. 4 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 23 (15 M. 8 Fr.), Imbezillität 52 (23 M. 29 Fr.), Idiotie 5 (4 M. 1 Fr.), nicht geisteskrank 6 M. Alkoholismus Krankheitsursache bei 11 M., Familienanlage 132 (68 M. 64 Fr.). Zur Beobachtung 14 M. 1 Fr. eingewiesen von Zivilbehörden, von Militärbehörde 1 M. Entlassen geheilt, gebessert 119 (47 M. 72 Fr.), aus Beobachtung, nicht geisteskrank 7 M. Gestorben 112 (52 M. 60 Fr.), davon infolge Lungentuberkulose 10 M. 21 Fr. — Gesamtausgaben: 3 169 224,71 M. Gesamtkosten pro Kopf und Jahr eines Kranken 3875,28 M. gegen 1923,13 M. im Vorjahre.

Westfälische Anstalten (32): Krankenbewegung 1918/19 insgesamt: Anfangsbestand 4778. Aufnahmen 1532. Abgang 2230. Bleibt Bestand 4080, darunter Heeresangehörige 49. Gestorben 1100 = 17,21 % gegen 14,65% im Vorjahre.

Im einzelnen:	Anfangsbestand	Zugang	Abgang	Bleibt Bestand	Davon in Familienpflege	Entlassen geheilt, gebessert	Gestorben	% der Verpflegten
Marsberg ..	486	125	180	431	9	61	100	16,37
Lengerich ..	768	193	300	661	145	127	113	11,76
Münster....	640	420	500	560	25	201	151	14,25
Aplerbeck..	537	243	335	445	14	117	174	22,31
Suttrop....	1272	230	495	1007	97	126	332	22,10
Eickelborn.	1075	321	420	976	83	121	230	16,48

Steigerung der Unterhaltungskosten pro Kopf gegen das Vorjahr ca. 32 %. Die Anstalt Gütersloh noch von der Militärverwaltung belegt (Gefangenlager für Offiziere). In der Anstalt St. Johannesstift zu Marsberg Anfangsbestand 526. Aufnahmen 91, Jugendliche im Alter unter 5 Jahren 8 (7 m. 1 w.), 5—10 Jahren 35 (22 m. 13 w.), 10—15 Jahren 42 (21 m. 21 w.), 15—21 Jahren 6 (4 m. 2 w.). Abgang 122. Bleibt Bestand 495. Gestorben 96 (49 m. 47 w.) = 15,55 % der Verpflegten. Im Geschäftsjahre 1919/20 war in den Westfälischen Anstalten ein weiterer Zugang von 1608. Abgang 1560. Bleibt Bestand 4118, davon Militärpersonen 29, Familienpfleglinge 1918 rund 373, 1919 = 253. Insgesamt verstorben 524 (gegen 1100 im Vorjahre) = 9,45 % gegen 17,21 % im Vorjahre. Im einzelnen gestaltete sich im Berichtsjahre die Krankenbewegung wie folgt:

	Anfangsbestand	Zugang	Abgang	Bleibt Bestand	Davon in Familienpflege	Entlassen geheilt, gebessert	Gestorben	% der Verpflegten
Marsberg	431	124	121	434	5	64	52	9,37
Lengerich	661	164	200	627	101	88	66	7,98
Münster	560	435	366	629	18	163	88	8,84
Aplerbeck....	445	239	204	480	6	72	82	11,98
Suttrop......	1007	216	318	905	60	121	124	10,14
Gütersloh	—	64	3	61	3	1	—	—
Eickelborn ...	976	364	348	982	60	145	112	8,42

Steigerung (der Speisungskosten) 55 % durchschn. Gütersloh wieder in Betrieb. Im St. Johannisstift zu Marsberg Anfangsbestand 495. Zugang 100 (33 Fürsorgezögl.). Abgang 90. Bleibt Bestand 505. Gestorben 60 = 10,08 % der Verpflegten. Für entlassene hilfsbedürftige Geisteskranke wurden aufgewendet 1918 = 5780 M., 1919 = 5054,10 M., und zwar aus dem 1890 gebildeten Unterstützungsstock, dessen rentbar angelegte Mittel Ende 1919 130 103,52 M. betragen.

Lindenhaus-Lemgo (18): Anfangsbestand 344 (180 M. 164 Fr.). Zugang 107 (64 M. 43 Fr.). Abgang 105 (63 M. 42 Fr.). Bleibt Bestand 346 (181 M. 165 Fr.). Heeresangehörige 15. Von den Verpflegten litten an einfacher Seelenstörung 186 M. 169 Fr., Seelenstörung nach Syphilis 14 M. 3 Fr., Imbezillität, Idiotie 10 M. 15 Fr., Epilepsie 6 M. 5 Fr., Alkoholismus 5 M., Hysterie 1 M. 4 Fr., Neurasthenie 6 M. 1 Fr., Arteriosklerose 13 M. 6 Fr., Gehirnkrankheiten 1 M. 2 Fr., waren nicht geisteskrank 1 M. 1 Fr. Bei der Aufnahme geisteskrank unter 1 Jahr 133, 1–2 Jahre 35, 2–4 Jahre 48, 4–8 Jahre 65, bis 10 Jahre 25, mehr als 10 Jahre 35, unbekannte Zeit 110. Durch Trunksucht der Eltern veranlagt 31 M. 21 Fr. = 11,5 %, als Trinker bekannt 58 M. 13 Fr. = 15,8 %, tuberkulös 5,4 %. Vorbestraft 13 %. Zur Beobachtung 3 M. Erkrankt im Anschluß an Gefangenschaft 1,5 %, Militärdienst 13,1 %, Gemütserschütterung 5 %, Verletzungen, Unfälle 4,9 %, Syphilis 15,8 %, Influenza 1,8 %. Entlassen 64, davon erwerbsfähig 7,8 % gebessert, arbeitsfähig 53,1 %, ungeheilt 39,1 %. Gestorben 53 = 7,7 %. Nutzbringend beschäftigt 67,7 % M. 52,4 % Fr. (im Vorj. 58,1 u. 44,5 %).

Rheinische Provinzial-Anstalten (22): Ges.-Anfangsbestand 5656 (2832 M. 2824 Fr.). Zugang 2775 (1428 M. 1347 Fr.). Abgang 3414 (1775 M. 1639 Fr.). Bleibt Bestand 5017 (2485 M. 2532 Fr.). Davon entfallen auf:

	Anfangsbestand			Zugang			Abgang			Bleibt Bestand		
		M.	Fr.		M.	Fr.		M.	Fr.		M.	Fr.
Andernach ...	419	201	218	178	80	98	205	86	119	392	195	197
Bedburg-Hau.	1346	696	650	236	131	105	514	298	216	1068	529	539
Bonn	718	330	385	622	296	326	714	335	379	626	294	332
Düren	555	301	254	198	115	83	249	135	114	504	281	223
Galkhausen ..	725	365	360	387	187	200	512	278	234	600	274	326
Grafenberg ...	652	333	319	642	358	284	653	362	291	641	329	312
Johannistal...	657	313	344	236	114	122	135	122	135	636	305	331
Merzig	535	241	294	273	144	129	304	153	151	504	232	272
Brauweiler ...	—	49	—	—	3	—	—	6	—	—	46	—

Vom Zugange litten an

	Einfacher Seelenstörung			paralytischer Seelenstörung			Seelenstörung mit Epilepsie			Epilepsie			Imbezillität, Id. u. Kret.			Delir. potat.		
		M.	Fr.		M.	Fr.		M.	Fr.		M.	Fr.		M.	Fr.		M.	Fr.
Andernach ...	142	56	86	8	6	2	10	6	4	—	—	—	15	9	6	2	1	—
Bedburg-Hau.	191	105	86	21	15	6	9	4	5	—	—	—	8	3	5	1	1	—
Bonn	383	170	213	71	48	23	79	30	49	—	—	—	47	29	17	7	5	2
Düren	151	85	66	17	13	4	15	10	5	1	—	—	12	4	8	2	2	—
Galkhausen ..	269	104	165	54	34	20	28	20	8	—			31	24	7		—	—
Grafenberg ...	431	226	205	110	79	31	36	24	12	—	—	—	39	9	30	14	13	1
Johannistal...	116	43	73	12	8	4	49	29	20	40	24	16	8	3	5	—	—	—
Merzig	198	89	109	26	19	7	20	12	8	—	—	—	4	2	2	—	—	
Brauweiler ...	—	1	—	—	1	—	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	

Nicht geisteskrank waren 95 (60 M. 35 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt 6,8 %, unmittelbar aus Strafhaft eingeliefert 88 (Vorj. 131). Geheilt oder gebessert entlassen Andernach 9,5 % bei 29,8 % Aufnahmen, Bedburg-Hau 8,6 % : 14,9 %, Bonn 24,1 % : 47,9 %, Düren 9,5 % : 26,3 %, Galkhausen 14,6 % : 34,8 %, Grafenberg 16,3 % : 48,8 %, Johannistal 9,6 % : 25 %, Merzig 15,1 % : 34,8 %, Brauweiler 3,8 % : 5,7 %. Gestorben von den 8431 in den 9 Anstalten Verpfl. 12,7 % (i. Vorj. von 10 307 Verpfl. 20,8 %), weniger also 3,2 %, davon an Paralyse gelitten 12,7 %, 2 % weniger als im Vorj. Von den Verpflegten waren tuberkulös 7,5 %, der Tuberkulose verdächtig 10,1 %, sind an Tuberkulose verstorben 71,4 %. in Bedburg-Hau stellte sich bei systematisch durchgeführter Obduktion Tuberkulose auf 48 %. Typhus-, Ruhrkranke erheblich vermindert, Grippe überall stark ausgebreitet, zahlreiche Todesfälle, in Bedburg-Hau besonders hoch. — Verpflegungstage verwundeter und geisteskranker Soldaten 588 157. Gesamtverpflegungskosten pro Kopf und Tag der Gesamtverpflegung 4,95 M. gegen 3,23 des Vorj. — Gesamtausgaben: 11 389 405,05 M.

Steinmühle-Obererlenbach (27): Verpflegte Zögl. 131 (Vorj. 124), insgesamt seit Eröffnung (1907) = 517. Anfangsbestand im Berichtsjahre 64 (Vorj. 56), Zugang 80 (86). Abgang 69 (73). Bleibt Bestand 62 (51). Von den Landesbehörden bzw. Polizei eingewiesen 72. Anderen Anstalten überwiesen 15. Alter der Zögl. zwischen 10 u. 20 Jahren, Hauptaltersklassen 14—18 Jahre. 50 Zögl. in Stellung. Beschäftigung in der Anstalt, Landwirtschaft, Werkstätten. Keine ansteckenden Krankheiten. Haushaltungskosten exkl. Heizung, Licht 129 266,37 M.

Eichberg (9): Anfangsbestand 412 (175 M. 237 Fr.). Zugang 151 (63 M. 88 Fr.). Abgang 146 (57 M. 89 Fr.). Bleibt Bestand 417 (181 M. 236 Fr.). Familienpflege 17 (4 M. 13 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 103 (33 M. 70 Fr.), paralytischer 14 (10 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 6 (2 M. 4 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 8 (6 M. 2 Fr.), Hysterie 1 M. 2 Fr., Morphinismus 1 M.

1 Fr., anderen Krankh. 1 M. 1 Fr., Arteriosklerose des Gehirns 2 M.; nicht geisteskrank 11 (7 M. 4 Fr.). Krank vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten 33 (8 M. 25 Fr.), 3—6 Monate 15 (4 M. 11 Fr.), mehr als 6 Monate 73 (31 M. 42 Fr.), unbekannte Dauer 13 (11 M. 2 Fr.). Entlassen genesen 3, gebessert 55, ungebessert 24. Gestorben 56 (20 M. 36 Fr.), davon Tuberkulosefälle 25.

Herborn (15): Anfangsbestand 255 (99 M. 156 Fr.). Schlußbestand 338 (139 M. 199 Fr.). Vom Zugang (185) litten an einfacher Seelenstörung 107 (44 M. 63 Fr.), paralytischer Seelenstörung 12 (6 M. 6 Fr.), Imbezillität, Idiotie 30 (17 M. 13 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 13 (4 M. 9 Fr.), Hysterie 2 Fr., Alkoholismus 11 (9 M. 2 Fr.). Vor der Aufnahme krank bis 3 Monate 3 M. 8 Fr., 3—6 Monate 3 M. 4 Fr., mehr als 6 Monate 157 (74 M. 83 Fr.). Entlassen genesen 3 M. 3 Fr., gebessert 15 M. 14 Fr., ungebessert 13 M. 9 Fr. Gestorben 9 M. 26 Fr.

Gehlsheim-Rostock (13): Anfangsbestand 213 (115 M. 98 Fr.). Zugang 863 (555 M. 308 Fr.). Abgang 858 (555 M. 303 Fr.). Bleibt Bestand 218 (115 M. 103 Fr.). Verteilung der Aufnahmen auf bürgerliche Bevölkerung, Heer und Marine, sowie Geisteskranke und Nervenkranke: b. Bev. Geisteskranke 305 (im Vorjahre 216), Heer und Marine 28 (Vorj. 85), Nervenkranke b. Bev. 383 (267), Heer u. Marine 147 (698). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 399 (239 M. 160 Fr.), paralytischer 81 (65 M. 16 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 43 (25 M. 18 Fr.), Idiotismus u. Kretinismus 44 (31 M. 13 Fr.), alkoholischen Erkrankungen 27 (21 M. 6 Fr.), Nervenerkrankungen 223 (144 M. 76 Fr.); nicht geistes- oder nervenkrank 46 (27 M. 19 Fr.). Entlassen genesen 110 (67 M. 43 Fr.), gebessert 449 (324 M. 125 Fr.). Unter den Entlassenen Nervenkranke genesen 24 M. 7 Fr., gebessert 116 M. 39 Fr. Todesfälle 8,09 % des Gesamt-, 35,60 % des Durchschnittsbestandes. Zur Beobachtung und gerichtl. Begutachtung eingewiesen aus der bürgerl. Bevölkerung 50 M. 4 Fr., Heer und Marine 5 M., aus Strafanstalten und Gefängnissen kamen 39 (36 M. 6 Fr.). Auf Unfallfolgen und Invalidität begutachtet 52 M. 12 Fr. — Gesamtausgaben 1 179 933,55 M., außerdem Bauaufwendungen 351 696,66 M.

Lewenberg, Kinderheim, Schwerin (17): Anfangsbestand 1918 = 252 (144 m. 108 w.). Zugang 40 (25 m. 15 w.). Abgang 55 (31 m. 24 w.). Bleibt Bestand für 1919 = 237 (138 m. 99 w.). Zugang 15 (10 m. 5 w.). Abgang 12 (9 m. 3 w.). Schlußbestand ult. März 1920 = 240 (139 m. 101 w.). Entlassen gebessert 2,1 % und 2,4 % der Verpfl. Gestorben 6,99 % und 0,79 % der Verpflegten, hohe Sterblichkeitsziffer 1918 infolge Grippe und Tuberkulose. Unterrichtet wurden 30,56 % und 27,05 % der Verpflegten, 77 u. 76 m. u. w. Schüler; die 1. Klasse konnten besuchen je in den Berichtsjahren 21 Schüler. Beschäftigung der arbeitsfähigen Kinder.

Domjüch bei Alt-Strelitz (7): Anfangsbestand 1918 = 141 (58 M. 83 Fr.). Zugang 1918, 1919 = 252 (127 + 39 H., 29 + 57 Fr.). Abgang 254 (130 + 47 M., 26 + 51 Fr.). Bleibt Bestand 139 (47 M. 92 Fr.). Unter den Aufnahmen des Jahres 1918 waren Heeresangehörige 96, Kriegsgefangene 1. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 141 (83 M. 58 Fr.), paralytischer Seelenstörung 1 M., Imbezillität, Idiotie 31 (17 M. 14 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 23 (21 M. 2 Fr.), Alkoholismus 4 M., anderen Krankheiten des Nervensystems 44



(32 M. 12 Fr.); nicht geisteskrank waren 8 M. Erbliche Belastung unter den Aufgenommenen bei 42 M. 30 Fr., davon durch dem Trunk ergebene Eltern in 19 Fällen. Unehelich geboren 15. Auslösende Ursachen bei den Frauen 26 mal seelische Erregungen (Krieg), 5 mal Wechseljahre, 9 mal Alter, 6 mal erbliche Belastung, 10 mal körperliche Krankheit; bei den Männern 4 mal erbliche Belastung, 7 mal Alter, 5 mal Potus, 7 mal Überanstrengung, 6 mal körperl. Erkrankung, 5 mal Haft. Bei den Soldaten 30 mal allgemeine Kriegsschädigungen bes. am Kopfe, 8 mal Verschüttung, 14 mal körperl. Erkrankung, darunter 4 mal Lues, Haft 3 mal, Potus 4 mal. Beobachtungen und psych. Begutachtungen 11 Fälle. Geheilt, gebessert entlassen 5 + 18 M., 14 + 20 Fr. Gestorben 64 (34 M. 30 Fr.) gegen 135 in den beiden Vorjahren. 1916/17 starben an Anstaltsdysenterie 30, in den Berichtsjahren hingegen nur 5. Tod infolge Entkräftigung zurückgegangen von 53 auf 17. Von den Soldaten kamen 1918 zur Entlassung als kv. 5, av. 27, kr. 20, gv. 36; in andere Lazarette übergeführt 10, gestorben 2. — Laut Verfügung ist in der Anstalt eine Nervenabteilung gegründet worden für Angehörige des Landes. — Gesamtausgaben 1918 = 217 384,82 M., 1919, Jan.—Juli 150 676,05 M., Juli — ult. März 1920 = 299 714,07 M.

Ellen-Bremen (10): Anfangsbestand 1918 = 519 (264 M. 255 Fr.). Zugang 341 (208 M. 133 Fr.). Abgang 383 (252 M. 131 Fr.). Bleibt Bestand für 1919 = 477 (220 M. 257 Fr.). Zugang 372 (211 M. 161 Fr.). Abgang 346 (194 M. 152 Fr.). Schlußbestand 503 (237 M. 266 Fr.). In Familienpflege 170 (92 M. 78 Fr.). Von den Aufgenommenen litten in den Berichtsjahren an Imbezillität, Idiotie 19 (12 M. 7 Fr.) u. 16 (9 M. 7 Fr.), konstitutionellen Formen 27 (20 M. 7 Fr.) u. 26 (20 M. 6 Fr.), manisch-depressivem Irresein 66 (21 M. 45 Fr.) u. 89 (27 M. 62 Fr.), Schizophrenie und paranoiden Formen 72 (42 M. 30 Fr.) u. 67 (42 M. 25 Fr.), Paranoia 2 (1 M. 1 Fr.), Hysterie 40 (34 M. 6 Fr.) u. 65 (46 M. 19 Fr.), Fieber- und Inanitionspsychosen 6 (1 M. 5 Fr.) u. 8 Fr., alkoholischen Geisteskrankheiten 7 (5 M. 2 Fr.) u. 5 M., Morphinismus 1 M. 1 Fr., Epilepsie 24 (18 M. 6 Fr.) u. 19 (12 M. 7 Fr.), senilen, arteriosklerotischen Formen 43 (22 M. 21 Fr.) u. 31 (15 M. 16 Fr.), Paralyse 28 (26 M. 2 Fr.) u. 28 (21 M. 7 Fr.), Tabesparalyse 4 (3 M. 1 Fr.), Lues cerebri 2 M., anderen organischen Formen 4 (3 M. 1 Fr.), sonstige Einzelfälle 12; nicht geisteskrank 3 M. 1 Fr. Zur Beobachtung aufgenommen 26 u. 19. Entlassen geheilt 19 u. 26, gebessert 52 u. 131, ungebessert 74 u. 55. Gestorben 26, 66 % u. 34,12 % des Bestandes.

Strecknitz-Lübeck (28): Anfangsbestand 242 (130 M. 112 Fr.). Zugang 215 (107 M. 108 Fr.). Abgang 362 (180 M. 182 Fr). Bleibt Bestand 250 (126 M. 124 Fr.). Vom Zugang litten an traumatischen Psychosen 3 M., Psychosen bei gröberen Hirnerkrankungen 4 Fr., Alkoholismus 5 M., Psychosen bei körperl. Erkr. 2 M. 3 Fr., progr. Paralyse 12 M. 3 Fr., senilen, präsenilen Psychosen 11 M. 20 Fr., Schizophrenie 29 M. 39 Fr., epilept. Psych. 5 M. 6 Fr., einfacher Melancholie 1 M., 7 Fr., Melancholie des Rückbildungsalters 6 Fr., man.-depress. Irresein 3 M. 2 Fr. hysterische Pers. u. Erkr. 3 M. 7 Fr., Neurasthenie 2 M. 4 Fr., Paranoia usw. 2 M., Psychopathen 11 M. 3 Fr., Debilität, Imbezillität 8 M. 2 Fr., Idiotie —; nicht geisteskrank 10 M. 2 Fr. Erblich belastet vom Bestand 1. April 1919 = 41,73 %.



von den Neuaufgenommenen 215 = 19,53 %, Trunksucht bei 7,47 % der Aufn. Krankheitsursache. Gerichtsseitig zur Beobachtung überwiesen 22 M. 2 Fr., 12 M. davon geisteskrank i. S. § 51 RStG., 1 M. begutachtet nach § 6 BGB. Nervenkranke aufgenommen seit 1915: 1916 = 2, 1917 = 5, 1918 = 8, 1919 = 24. Vom ges. Bestand entlassen geheilt, gebessert 32 M. 42 Fr., ungeheilt 17 M. 2 Fr., nicht geisteskrank 6 M. Gestorben 56 (27 M. 29 Fr.). — Gesamtausgaben 1 338 655,62 M., Verpfl.-Kosten pro Kopf und Tag 2,74 gegen 1,81 M. i. Vorj. Kostgelderhöhung um 30 %.

Wehnen (31): Anfangsbestand 176 (89 m. 87 w.). Zugang 130 (66 m. 64 w.), Abgang 104 (49 m. 55 w.). Bleibt Bestand 202 (106 m. 96 w.). Vom Zugang litten an angeb. Schwachsinn 1 m. 1 w., psychopath. Störungen 7 m. 2 w., Dementia paralytica 9 m. 3 w., syphil. Geistesstörung 1 m., epilept. Irresein 4 m. 2 w., Hirnerkrankung, Hirnverletzung je 1 m., präsenilem Irresein 4 m. 6 w., senilem 5 m. 4 w., manisch-depressivem Irresein 9 m. 20 w., endogener Verblödung 15 m. 17 w.., Alkoholismus 3 m., infektiösem Irresein 3 m. 4 w., Hysterie 2 m. 2 w., Nervosität 2 w., multipler Sklerose 1, nicht geisteskrank 1 m. Zur Beobachtung 3 m. Geheilt entlassen 2,84 % vom Bestand. Gestorben 49 m. 55 w. = 10,78 %, Sterblichkeit fast um die Hälfte geringer als im Vorjahre. Häufigste Todesursachen, neben Paralyse (5), Altersschwäche, Lungenschwindsucht, Lungenentzündung. — Gesamtausgaben 874 321,33 M.

Sachsen, 1914—1918 (24): Heil- u. Pflegeanstalt Arnsdorf, Dösen, Großschweidnitz, Hubertusburg, Sonnenstein, Untergöltzch und Zschadraß.

	Anfangs-bestand	Zugänge	Gesamt-abgang	Entlassen, genesen, gebessert, % des Zugangs	Ent-lassen, unge-heilt	Ge-storben	Mortalität in % der Durchschn.-Best.
1914	5661	1748	1268	26 %	196	591	9,9 %
1915	5854	2305	1520	19,4 ,,	134	934	14,7 ,,
1916	6510	2011	2168	29,6 ,,	186	1322	20,2 ,,
1917	6194	1979	3155	28,6 ,,	180	2343	42,9 ,,
1918	4550	1398	2108	26,2 ,,	165	1502	36,9 ,,

Schlußbestand 1914, 1915 ein Mehr von 193 bzw. 656; 1916, 1917, 1918 ein Weniger von 316, 1644, 1039 Kr.

Vom Zugang litten an:

	einf. Seelenstörung	paralyt. Seelen-störung	epilept. Seelen-störung	Imbezillität Idiotie	Alkoho-lismus
1914	1248	286	60	100	46
1915	1474	369	175	217	54
1916	1362	387	84	149	25
1917	1407	337	61	147	20
1918	911	245	108	110	7



Krankheitsursachen in % des Zugangs:

	Erblichkeit	Alkoholmißbrauch	Lues	Trauma	nicht geisteskrank
1914	30,9 %	7,2 %	13,7 %	2,6 %	8 Pers.
1915	37 ,,	7,3 ,,	15,3 ,,	3,3 ,,	16 ,,
1916	28,6 ,,	3,4 ,,	17,4 ,,	2,3 ,,	4 ,,
1917	28,2 ,,	1,7 ,,	16,2 ,,	2,2 ,,	8 ,,
1918	28,3 ,,	1,2 ,,	16,9 ,,	1,9 ,,	11 ,,

Zur Beobachtung 58 Zivilpersonen (kriminell).

Tuberkulose-Erhebungen:

	Dösen Todes-ursache bei		Groß-schweidnitz Todesursache in	Hubertusburg	
				erkrankt	gestorben
1914	7,5 % m.	15 % w.	6 Fällen	28 Pat.	20 Pat.
1915	4,2 % ,,	7,7 % ,,	9 ,,	44 ,,	41 ,,
1916	3,2 % ,,	23,4 % ,,	41 ,,	74 ,,	59 ,,
1917	3,8 % ,,	35,8 % ,,	99 ,,	158 ,,	115 ,,
1918	17,4 % ,,	52,9 % ,,	57 ,,	206 ,,	157 ,,
				(1911—13 durchschnittl. 9—10 Pat.)	

	Sonnenstein Erkrankt	Untergöltzsch Gestorben	Zschadraß Erkrankt	Zschadraß Gestorben
1914	20	6	9	—
1915	19	27	21	15
1916	23	31	66	40
1917	59	71	117	94
1918	97	—	170	120

Reserve-, Vereinslazarette, Milit.-Abt. fast in allen Anstalten (Untergöltzsch ganz in militär. Verwaltung). Größte Belegung Arnsdorf, dort insges. verpflegt 16 960 Heeresangehörige (Kr. u. Verw.). Sonnenstein = Kriegsneurotiker.

Colditz, Waldheim.

	Anfangsbestand		Aufnahmen		Gestorben	
	C.	W.	C.	W.	C.	W.
					vom durchschn. Tagesbestand	
1914	452	371	140	156	4,5 %	10 Pat.
1915	546	410	121	84	15,73 %	12 ,,
1916	511	395	177	82	18,8%	23 ,,
1917	514	357	90	81	54,8 %	40 ,,
1918	337	323	268	23	50,9 %	39 ,,

Vom Zugang litten an:

	einfacher Seelenstörung		paralyt. Seelenstörung		Epilepsie		Imbezillität		Alkoholismus	
	C.	W.	C.	W.	C.	W.	C.	W.	C.	W.
1914	97	95	6	8	20	12	9	28	7	11
1915	69	55	8	7	14	2	24	13	41	5
1916	125	53	4	7	14	4	24	11	10	3
1917	52	55	4	1	10	6	15	16	9	2
1918	209	16	12	—	10	1	19	4	11	1

Krankheitsursache der Aufgen. (1914—1918)

	in Colditz	in Waldheim insges. der Aufn.
Erblichkeit	25—20—23—23—17	148 = 34,74 %
Alkoholmißbrauch	36—17—14—7—10.	119 = 27,93 %

Von Waldheim nach Strafanstalten zurückversetzt genesen, gebessert 117, ungeheilt 3; aus der Beobachtung 3, nicht geisteskrank 4.

Hochweitzschen, staatl. Anstalt f. Epileptiker. Verpflegt im ganzen: 1914 = 955; 1915 = 928; 1916 = 913; 1917 = 958; 1918 = 896. Vom Zugang litten an: reiner Epilepsie 45, Epilepsie mit Schwachsinn bzw. Blödsinn 568, Epilepsie und anderen Geisteskrankheiten 7, nicht epileptisch 19. Körperliche Entartungszeichen bei 41 % des Zugangs. Gestorben, proz. zur Verpflegtenzahl: 4,6 % — 3,66 % — 4,81 % — 14,40 % — 14,17 %.

Heilanstalt Thonberg: Durchschn. Tagesbestand 45—46—40—37—39. Alkoholiker insges. 2; Alkoholmißbrauch 12; nicht geisteskrank 28.

Psych. und Nervenklinik der UniversitätLeipzig.

	1914	1915	1916	1917	1918
Alkoholismus	97	75	26	11	22
Alkoholmißbr.	119	99	52	50	19
Morphinismus	5	4	—	4	5

Aufnahmen durchschn. p. a. 4—500 m. 3—400 w. Kr.

Städt. Heil- u. Pflegeanstalt und Pflegeanstalt Luisenhaus Dresden.

	Anfangsbestand		Aufnahmen		Abgang d. Tod	
	H.- u. Pfl.-A.	Luisenheim	H.- u. Pfl.-A.	Luisenheim	H.- u. Pfl.-A.	Luisenheim
1914	598 m. 694 w.	139 m. 139 w.	1066 m. 905 w.	33 m. 23 w.	160 m. 231 w.	22 m. 16 w.
1915	562 „ 711 „	136 „ 138 „	805 „ 841 „	69 „ 85 „	138 „ 214 „	22 „ 20 „
1916	280 „ 330 „	129 „ 138 „	811 „ 986 „	13 „ 41 „	163 „ 216 „	22 „ 31 „
1917	286 „ 318 „	115 „ 135 „	969 „ 1173 „	97 „ 34 „	277 „ 362 „	84 „ 78 „
1918	205 „ 280 „	101 „ 119 „	828 „ 1047 „	111 „ 77 „	195 „ 336 „	87 „ 56 „



An Alkoholismus erkr.	1914	1915	1916	1917	1918
Städt. H.- u. Pfl.-A.	335	179	75	29	35
Alkoholmißbrauch	434	284	130	61	45
Morphinismus	1	10	3	5	6
Luisenhaus: Alkoholism.	4	10	—	3	6

Chemnitz, Städt. Nervenheilanstalt.

	Anfangsbestand	Zugang	Abgang	davon durch Tod
1914	130 m. 99 w.	422 m. 352 w.	408 m. 320 w.	65 m. 74 w.
1915	144 ,, 131 ,,	442 ,, 401 ,,	428 ,, 390 ,,	102 ,, 79 ,,
1916	158 ,, 142 ,,	381 ,, 371 ,,	398 ,, 392 ,,	51 ,, 49 ,,
1917	103 ,, 121 ,,	316 ,, 283 ,,	321 ,, 329 ,,	64 ,, 64 ,,
1918	98 ,, 75 ,,	250 ,, 281 ,,	250 ,, 266 ,,	45 ,, 25 ,,

Vom Zugang litten an:

	einf. Seelenstörung	paralyt. Seelenstörung	Imbez., Idiotie	Epilepsie	Hysterie	Neurasthenie
1914	349	85	32	72	21	37
1915	225	96	56	93	41	87
1916	308	75	36	65	66	69
1917	239	81	63	62	42	8
1918	174	44	74	39	37	26

	Chorea	Tabes	a. Krkh. d. d. N.-Syst.	Alkohol	Morph.	anderen Krkh.	nicht krank
1914	6	20	41	53	2	56	20
1915	10	18	77	32	—	108	8
1916	4	17	26	23	3	58	27
1917	2	11	47	6	—	38	13
1918	4	9	82	4	—	38	11

Krankheitsursache der Aufgenommenen: Erblichkeit 10—22—31—32—21
Alkoholmißbr. 59—15—22—11—4.

Durch die Alkoholiker-Erhebungen ist die Abnahme der Alkoholgeisteskrankheiten während des Krieges deutlich zum Ausdruck gebracht. Die Zahl aller in den staatlichen und den berücksichtigten städt. Anstalten f. Geisteskr. untergebrachten Alkoholiker betrug für Sachsen:

1914......510 m. 45 w. = 555 Pat.
1915......359 ,, 49 ,, = 408 ,,
1916......140 ,, 22 ,, = 162 ,,
1917...... 63 ,, 17 ,, = 80 ,,
1918...... 70 ,, 16 ,, = 86 ,,



Eglfing (8): Anfangsbestand 1010 (438 M. 572 Fr.). Zugang 370 (191 M. 179 Fr.). Abgang 387 (181 M. 206 Fr.). Bleibt Bestand 993 (448 M. 545 Fr.). Vom Zugang litten an traumatischer Hirnerkrankung 1 M., Psychosen bei gröberen Hirnerkrankungen 2 M. 1 Fr., Psychosen bei Vergiftungen (Morph. Cokain.) 2 M. 2 Fr., Alkoholismus 2 M. 3 Fr., Lues cerebri, Tabespsychosen 2 M. 1 Fr., progressiver Paralyse 46 (37 M. 9 Fr.), senilen, präsenilen Erkrankungen 1 M. 8 Fr., arteriosklerotischen Erkrankungen 8 (3 M. 5 Fr.), endogenen Verblödungen 144 (44 M. 100 Fr.), Epilepsie 19 (11 M. 8 Fr.), manisch-depress. Veranlagungen und Psychosen 96 (27 M. 69 Fr.), hysterische Erkrankungen und Persönlichkeiten 15 (6 M. 9 Fr.), an anderen psychogenen Erkrankungen (Haftpsychosen) 9 M., paranoide u. querulator. Pers., Paranoia 1 M. 3 Fr., Psychopathische 24 (14 M. 10 Fr.), Imbezillität, Debilität 9 (6 M. 3 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Entlassen geheilt, 24 (11 M. 13 Fr), gebessert 168 (59 M. 109 Fr.), gestorben 144 (79 M. 65 Fr.) = 10,43 % der Verpflegten, 14,65 % des Durchschnittsbestandes, davon Todesfälle infolge von Lungentuberkulose 49.

„Der Einfluß des Krieges und der Hungerblockade zeigt sich aus folgender Zusammenstellung: 1911—1914 durchschnittlich 1259 Kranke und 511 Todesfälle im vierjährigen Zeitraum, Sterblichkeit 10,29 % (11,27 % M. 9,03 % Fr.), 1915—18 durchschnittlich nur 1153 Kranke und 853 Todesfälle, Sterblichkeit 18,41 % (20,8 % M. 16,2 % Fr.). 374 Personen sind demnach der Hungerblockade zum Opfer gefallen, wobei zu bedenken ist, daß die Sterblichkeit in manchen anderen Anstalten diejenige der unseren zeitweise um mehr als das Doppelte übertroffen hat."

St. Getreu-Bamberg (14): Anfangsbestand 1917 = 139 (61 M. 78 Fr.). Zugang 53 (15 M. 38 Fr.). Abgang 59 (24 M. 35 Fr.), bleibt Bestand für 1918 = 133 (52 M. 81 Fr.). Zugang 55 (32 M. 23 Fr.). Abgang 52 (23 M. 29 Fr.). Bleibt Bestand für 1919 = 136 (61 M. 75 Fr.). Zugang 72 (32 M. 40 Fr.). Abgang 77 (40 M. 37 Fr.). Schlußbestand 131 (53 M. 78 Fr.). Von den Aufgenommenen litten in den Berichtsjahren an Kollapszustand 1 M. — 1 M., progressiver Paralyse 4 (2 M. 2 Fr.) — 2 M. — 3 (1 M. 2 Fr.), senilem Schwachsinn 2 (1 M. 1 Fr.) — 4 (2 M. 2 Fr.), paranoidem Schwachsinn 2 M. — 7 (5 M. 2 Fr.) — 5 (2 M. 3 Fr.), Tabespsychose 1 M., Psychose bei Gehirnerkrankungen 1 M. — 1 M., Arteriosklerose des Gehirns usw. 1 M. — 2 M. — Dementia praecox 11 (4 M. 7 Fr.) — 11 (6 M. 5 Fr.) — 17 (8 M. 9 Fr.), Epilepsie 1 M. — 1 M. — 2 M., man.-depressivem Irresein 18 (3 M. 15 Fr.) — 13 (6 M. 7 Fr.) — 25 (3 M. 22 Fr.); hysterischen Erkrankungen 2 M. — 11 (9 M. 3 Fr.) — 4 (3 M. 1 Fr.), traumatischer Neurose 1 Fr., Emotionspsychosen 3 (1 M. 2 Fr.) — 1 Fr. — 1 M 1 Fr., Psychopathie 4 (2 M. 2 Fr.) — 5 (3 M. 2 Fr.) — 2 M., Imbezillität, Debilität, Idiotie 2 M. — 1 M. 2 Fr. — 1 M., Morphinismus 1 Fr. — 1 M., patholog. Rauschzustand 1 M. Alkoholkranke in den Berichtsjahren nur 1 Fall. Zur Beobachtung, gerichtl. Begutachtung 5, 2 u. 7. Erbliche Belastung bei 16, 21 u. 25. Entlassen gebessert, geheilt 29, 33 u. 49. Gestorben 17, 9 u. 14, Lungentuberkulosetodesfälle 2, 3 u. 2. — Im Vereinslazarett St. Getreu seit Kriegsanfang (Sept. 1914) bis zur Auflösung 15. März 1919 behandelt und verpflegt 731 M., keine ansteckenden Krankheiten, kein Todesfall.



Bernische kantonale Anstalten (2). Waldau: Anfangsbestand 832 (393 M. 439 Fr.). Zugang 238 (125 M. 113 Fr.). Abgang 253 (113 M. 140 Fr.). Bleibt Bestand 817 (405 M. 412 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen bei 5 M. 7 Fr., konstitutionelle 2 M. 7 Fr., erworbene einfache 85 M. 85 Fr., paralytische, senile, organ. Störungen 16 M. 7 Fr., epileptische 4 M. 1 Fr., Intoxikationspsychosen 6 M. 3 Fr., nicht geisteskrank 7 M. 3 Fr. Zur strafgerichtl. Begutachtung aufgen. 22 M. 9 Fr., davon geistesgestört und unzurechnungsfähig 13, vermindert zurechnungsfähig (infolge Epilepsie, Trunksucht u. a.) 10. Entlassen genesen 7 M. 8 Fr., gebessert 37 M. 40 Fr. Gestorben 62 (32 M. 30 Fr.) = 5,79 % des Ges.-Bestandes, Lungen- und Darmtuberkulose Todesursache bei 21 (11 M. 10 Fr.). — Gesamtausgabe 1 461 515,48 Fr.

Münsingen: Anfangsbestand 828 (379 M. 449 Fr.). Zugang 218 (105 M. 113 Fr.). Abgang 245 (89 M. 156 Fr.). Bleibt Bestand 801 (395 M. 406 Fr.), davon in Familienpflege 10 M. 26 Fr. Krankheitsgruppen der Aufgenommenen: angeborene Störungen bei 8 M. 6 Fr., konstitutionelle 8 M. 20 Fr., erworbene einfache 58 M. 72 Fr., paralyt., senile, organ. Störungen 12 M. 10 Fr., epileptische 2 M. 3 Fr., Intoxikationspsychosen 5 M. 1 Fr.; nicht geisteskrank 12 M. 1 Fr. Erbliche Belastung bei 53,3 % der Aufnahmen. Gerichtliche Fälle (11 Sexualdelikte): 20 strafrechtliche, 4 zivilrechtliche Gutachten abgegeben, 13 nicht geisteskrank. Entlassen genesen oder wesentlich gebessert 71 = 29 % der Entlassungen. Gestorben 62 (30 M. 32 Fr.) = 5,9 % der Verpfl., davon an Lungentuberkulose 28 = 45 % der Gestorbenen. — Gesamtausgaben 1 346 962,55 Fr.

Bellelay: Anfangsbestand 318 (127 M. 191 Fr.). Zugang 48 (28 H. 20 Fr.). Abgang 46 (29 M. 17 Fr.). Bleibt Bestand 320 (126 M. 194 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie, Imbezillität, Kretinismus 11 M. 11 Fr., konstitutionellen Psychosen 2 M., erworbenen einfachen 7 M. 5 Fr., erworbenen organischen 4 M. 3 Fr., epileptischen 4 M. 1 Fr. Zur Beobachtung 6 Pers. Entlassen geheilt, gebessert 7 M. 4 Fr. Gestorben 17 M. 11 Fr. = 7,6 % der Verpfl., Lungentuberkulose bei 7, Tuberkulose überhaupt bei einem Drittel der Verstorbenen. — Gesamtausgaben 579 441,41 Fr.

Waldhaus-Chur (30): Anfangsbestand 327 (159 M. 168 Fr.). Zugang 112 (57 M. 55 Fr.). Abgang 207 (107 M. 100 Fr.). Bleibt Bestand 232 (109 M. 123 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 6 M. 6 Fr., erworbenen Störungen einfachen Psychosen 78 (33 M. 45 Fr.), organischen Störungen 5 M. 2 Fr., epilept. 2 M. 1 Fr., Intoxikationspsychosen 8 M. 1 Fr.: nicht geisteskrank 3 M. Erblich belastet 32 M. 29 Fr. 2 Psychopathen gerichtlich begutachtet. Sonstige Gutachten 32. Kriegsinternierte aufgen. 4. Entlassen geheilt, gebessert 67, nicht geisteskr. 5 ungebessert 105, davon nach Realta überführt zur Eröffnung dieses Asyls zunächst 75 (29 M. 46 Fr.), später noch 2 M. 8 Fr. Gestorben 30 (24 M. 6 Fr.) = 6,8 % des Gesamtbestandes. — Betriebsausgaben: 517 641,16 Fr., Kosten des Krankentages 5,41 Fr. gegen 3,51 Fr. im Vorj.

Realta (21): Die Anstalt ist errichtet im Rheinkorrektionsgebiet des Domleschgertales (Kant. Graubünden). Zunächst entstand auf Schieferschlammödland die Staatsdomäne Realta mit einer Korrektions-(Zwangsarbeits-)Anstalt. Im An-



chluß daran entstand in den Kriegsjahren eine großzügig angelegte Anstalt, die m 15. Jan. 1919 dem Betrieb übergeben werden konnte. Sie ist bestimmt für . Geisteskranke und Geistesschwache, 2. körperl. Kranke, 3. Trinker, 4. Arbeitsolonisten. Anfangsbestand an Geisteskranken und Korrektionellen 52 (38 M. 4 Fr.). Zugang 347 (171 M. 176 Fr.). Abgang 131 (70 M. 61 Fr.). Bleibt Beand am Jahresschluß 265 (139 M. 129 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: ligophrenien 87 (30 M. 57 Fr.); konstitutionelle Psychosen 9 (5 M. 4 Fr.); endogene 'sychosen, manisch-depr. Formen 7 (6 M. 1 Fr.), Schizophrenien 87 (30 M. 57 Fr.); rgan. Psychosen 9 (3 M. 6 Fr.); epileptische 9 (2 M. 7 Fr.), Intoxikationspsychosen (3 M. 1 Fr.). Geheilt, gebessert entlassen 14 (8 M. 6 Fr.). Psychiatrisch beutachtet 2 Fälle. Gestorben 22 (8 M. 14 Fr.). Körperl. Kranke wurden aufenommen 112 (56 M. 56 Fr.), die Arbeitskolonie war belegt mit 15 M. 2 Fr., 'rinkerheilstätte vorläufig 2 M., Korrektionsanstalt 74 (54 M. 20 Fr.). Gesundeitszustand, Verpflegungsverhältnisse den Zeitumständen entsprechend befriediend. — Betriebsausgaben 474 480,30 Fr.

Burhölzli-Zürich (5): Anfangsbestand 418 (207 M. 211 Fr.). Aufnahmen 58 (407 M. 251 Fr.). Abgang 675 (406 M 269 Fr.). Bleibt Bestand 401 (208 M. 93 Fr.). Diagnose der frischen Aufnahmen (total u. nicht geisteskrank 331 M. 83 Fr.): angeborene Psychosen 29 (20 M. 9 Fr.); konstitutionelle 47 (34 M. 13 Fr.); rworb. idiopathische, a) manisch-depressive Formen 23 (15 M. 8 Fr.), b) Verlödungsformen 223 (127 M. 96 Fr.), c) andere Formen 27 (16 M. 11 Fr.); organ. Störungen 77 (43 M. 34 Fr.); Epilepsie 21 (16 M. 5 Fr.); Intoxikationspsychosen 47 42 M. 5 Fr.); nicht geisteskrank 20 (18 M. 2 Fr.) inkl. 2 Begleiter. Zur strafrechtichen Begutachtung eingewiesen 13 M. 1 Fr. Insgesamt abgegebene Gutachten 227 (Vorj. 209), davon ambulant von der psych. Poliklinik aus 53, davon strafrechtlich 80, zivilrechtl. 119, militärisch 25, haftpflichtig 3. Militärpatienten insges. 29 vom Schweizerheer, Kriegsinternierte 0 (Vorj. 11). Vom Gesamtbestand entlassen geheilt, gebessert 51 % des Abgangs. Gestorben 54 (30 M. 24 Fr.), davon 34 an Hirnkrankheiten, Tuberkulose in 3 Fällen. — In der Psych. Universitäts-Poliklinik war eine Frequenz von 815 Pers. (Vorj. 752), davon neue Fälle 667, 64 Epileptiker wurden ambulant behandelt. — Ges.-Betriebsausgabe 1 158 597,98 Francs. — Kosten des Verpfl.-Tages 785,65 R., mehr als im Vorj. 183,22 R.

Ellikon (11): Anfangsbestand 19 Pfl. Zugang 30. Abgang 25. Bleibt Bestand 25. Von den Aufgenommenen litten an chron. Alkoholismus 9, mit Delir. tremens und anderen Komplikationen 15, Trunksucht auf Psychopathie, Debilität, moral. Schwäche 4, einfacher Trunksucht 2. In die Irrenanstalt verlegt 1, in geschloss. Anstalten 2, wegen Tuberkulose ins Spital 1, entwichen 5, ausgewiesen 1. Von den übrigen haben 15 den vorgeschr. Jahreskurs bestanden, abstinent geblieben sind 9, rückfällig 6. Für Heilerfolge in den Jahren 1911—1918 kommen 186 Pfl. in Betracht, hiervon sind abstinent geblieben 42 %. — Gesamtausgabe für Lebenshaltung und Betrieb 43 466,60 Fr. Kosten des Verpfl.-Tages pro Pfl. 5,76 gegen 4,99 im Vorjahre.

Friedmatt-Basel (12): Anfangsbestand 285 (128 M. 157 Fr.). Zugang 212 (110 M. 102 Fr.). Abgang 197 (109 M. 88 Fr.). Bleibt Bestand 300 (129 M. 171 Fr.).

Krankheitsformen der Aufgenommenen: Idiotie, Imbezillität 4 M. 1 Fr., konstitutionelle Psychosen 42 (37 M. 5 Fr.), erworbene einfache Störungen 100 (33 M. 67 Fr.), paralytische 11 (8 M. 3 Fr.), senile 27 (11 M. 16 Fr.), andere organ. Formen 3 M. 2 Fr.; epileptische Störungen 4 M. 4 Fr., Alkoholismus 13 (10 M. 3 Fr.); nicht geisteskrank 1 Fr. Entlassen geheilt 33 (7 M. 26 Fr.), gebessert 72 (41 M. 31 Fr.), ungebessert 56 (37 M. 19 Fr.). Gestorben 35 (24 M. 11 Fr.). — Gesamtausgabe 1 086 715,43 Fr.

Wil (33): Anfangsbestand 839 (387 M. 452 Fr.). Zugang 349 (163 M. 186 Fr.). Abgang 369 (158 M. 211 Fr.). Bleibt Bestand 819 (392 M. 427 Fr.). Unter den Aufnahmen 280 geisteskranke, 64 körperl. Kranke. Krankheitsformen der frischen Aufnahme Geisteskranker: angeborene Psychosen bei 26 (11 M. 15 Fr.), konstitutionelle Psychosen 17 (8 M. 9 Fr.); erworb. idiopathische Formen, manisch-depress. 11 (4 M. 7 Fr.), Verblödungsformen 75 (28 M. 47 Fr.), andere Formen (Paranoia) 2 Fr.; organ. Psychosen 60 (25 M. 35 Fr.), epilept. 2 M. 2 Fr., Intoxikationspsychosen 22 (20 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. 1 Fr. Erbliche Belastung bei 60 % M., 50 % Fr., Alkoholmißbrauch 24 M. 1 Fr., mit dem Strafgesetz in Konflikt 20 % M. 2 (2 %) Fr. Motivierte gerichtliche Gutachten 7, sonstige strafrechtliche und zivilrechtliche Gutachten 33. Entlassen geheilt 31, gebessert 113, davon an chron. Geisteskrankh. Leidende 42 M. 61 Fr. Gestorben 158 (69 M. 89 Fr.), davon Geisteskranke 119 = 13 % der Verpfl., 54 % gehörten der Gruppe des paralyt., senilen u. organ. Psychosen an. — Ges. Ausgabe 1 197 319,13 Fr.

Rosegg (23): Anfangsbestand 460 (229 M. 231 Fr.). Zugang 110 (54 M. 56 Fr.). Abgang 121 (55 M. 66 Fr.). Bleibt Bestand 449 (228 M. 221 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an angeborener Geistesstörung 9 (4 M. 5 Fr.), erworbenen einfachen Störungen 60 (28 M. 32 Fr.), epileptischen 2 M. 5 Fr., organischen 2 M. 2 Fr., paralytischen 1 M., senilen 11 M. 11 Fr., alkohol. 4 M. 1 Fr.; nicht geisteskrank 2 M. Erbliche Belastung bei 66 (31 M. 35 Fr.). Zur Beobachtung strafgerichtl. begutachtet 3 M. 1 Fr., 2 nicht geisteskrank, zivilgerichtl. oder administrative Fälle 5 M. 2 Fr. Entlassen geheilt 7 M. 13 Fr., gebessert 30 M. 28 Fr. Gestorben 37 (14 M. 23 Fr.). — Gesamtausgaben 901 026,76 Fr.

Münsterlingen (19): Anfangsbestand 444 (173 M. 271 Fr.). Zugang 166 (82 M. 84 Fr.). Abgang 173 (90 M. 83 Fr.). Bleibt Bestand 437 (165 M. 272 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen 12 (5 M. 7 Fr.), konstitutionelle 28 (14 M. 14 Fr.), erworbene einfache, Dementia praecox-Gruppe 79 (34 M. 45 Fr.), manisch-depressives Irresein 13 (5 M. 8 Fr.), Gefängnispsychosen 2 M.; organische Störungen 18 (12 M. 5 Fr.), epileptische 8 (1 M. 7 Fr.), Intoxikationspsychosen 15 (13 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Entlassen geheilt, gebessert 49 M. 51 Fr. Gestorben 44 (25 M. 19 Fr.), infolge Grippe 8 M. 6 Fr. Starke Grippenepidemie mit 154 Erkr. — Gesamtausgabe 671 990,21 Fr.

Königsfelden (16): Anfangsbestand 815 (361 M. 454 Fr.). Zugang 271 (145 M. 126 Fr.). Abgang 278 (146 M. 132 Fr.). Bleibt Bestand 808 (360 M. 448 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene geistige Schwächezustände bei 27 (13 M. 14 Fr.), konstitutionelle und originäre Formen 14 (7 M. 7 Fr.), ein-



ache erworbene Störungen 143 (62 M. 81 Fr.), organische 34 (22 M. 12 Fr.), epilept. 2 (6 M. 6 Fr.); Intoxikationspsychosen 40 (34 M. 6 Fr.). Mit den Strafgesetzen ı Konflikt, begutachtete Fälle 20. Alkoholmißbrauch Hauptursache der Erkr. ei 24 % der m., 4 % der w. Aufnahmen. Erbliche Belastung bei 68 % der Aufahmen. Entlassen geheilt 3,7 % der Verpfl.; gebessert 11,2 %. Gestorben 85 42 M. 43 Fr.) = 7,8 % der Verpfl., hauptsächl. Todesursache Tuberkulose. — esamtausgaben 1 108 423,72 Fr.

Cery (6): Anfangsbestand 537 (270 M. 267 Fr.). Zugang 429 (216 M. 213 Fr.). bgang 435 (222 M. 213 Fr.). Bleibt Bestand 531 (264 M. 267 Fr.). Krankheitsormen der Aufgenommenen, darunter 282 (140 M. 142 Fr.) erste Aufnahmen: diotie, Imbezillität, Kretinismus 37 (27 M. 10 Fr.), konstitutionelle Psychosen 28, 13 M. 15 Fr.), einfache erworbene 258 (108 M. 150 Fr.), organische 66 (35 M. 31 Fr.) pileptische 6 M. 2 Fr., Intoxikationspsychosen 22 M. 3 Fr.; nicht geisteskrank M. 2 Fr. Alkoholkranke aufgenommen 21 M. 2 Fr., darunter solche mit akutem lkoholismus 1 M. 1 Fr., chronischem 14 M. 1 Fr., Delir. tremens 6 M. Entlassen eheilt 62 (23 M. 39 Fr.), gebessert 119 (59 M. 60 Fr.). Gestorben 82 (41 M. 41 Fr.), lavon infolge Tuberkulose 7. Von den Alkoholkranken wurden entlassen 11 M. 2 Fr., Anstalten oder Kolonien zugewiesen 7 M. 1 Fr., zur Strafhaft eingezogen 2 M. — Gesamtausgaben 1 263 452,79 Fr. — Da Cery überfüllt ist, ist ein Annexasyl „La Rosière“ in Aussicht genommen, dessen Eröffnung bevorsteht.

Valeriusplein zu Amsterdam (29): Zugang im Jahre 1919 = 528 Pers. (250 M. 278 Fr.); mehr als im Vorj. 31 Pers. Unter den Krankheitsformen: Paranoia (2), manisch-depress. Formen 157, Psychopathie 27, Idiotie, Imbezillität 3, Epilepsie 15, Alkoholismus 3, Dementia paralytica 21, juvenilis 3, Dem. praecox 50, Hysterie 38, Neurasthenie 6, Psychoasthenie 15, Arterioscl. cerebri 22, senile Formen 15, Nervosität 22, traumat. Neurose 15 usw. Entlassen hergestellt oder gebessert 242 (103 M. 139 Fr.), gestorben 33 (20 M. 13 Fr.). Poliklinik 508 neue Fälle, 224 Außenpatienten. In den Kollegs Vorträge über serologische Untersuchungen, manisch-depress. Irresein, Psychopathologie, Psychoanalyse.

Santiago (25): Anfangsbestand 2193 (1066 M. 1127 Fr.). Zugang 1167 (595 M. 572 Fr.). Abgang 1160 (573 M. 587 Fr.). Bleibt Bestand 2200 (1088 M. 1112 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Dement. praecox 26 %, toxischen Psychosen 18 %, manisch-depress. 13 %, neurotischen 10 %, Involutionspsychosen 10 %, Degeneration 7 %, progressiver Paralyse 6 %, chron. Delirium 4 %, Infektionspsychosen 3 %, organischen Psychosen 0,9 %. Erblichkeit bei 23 %, Alkoholexzesse 17 %. Kriminalität 4 % des Bestandes. Unter den Aufnahmen Ausländer 76, deutscher Abstammung 10. Geheilt, gebessert entlassen 37 % der Aufnahmen. Gestorben 9 % des Bestandes, 26 % davon tuberkulös. — In den Observationshäusern aufgenommen 1161, davon der Anstalt zugeführt 887, dem Hospiz 4, abgegangen geheilt 145, zur Familie 88, entwichen 5, Todesfälle 30. — Gesamtausgaben 1 673 428,43 P.



3. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: Herrmann Grimme, Hildesheim.

1. *Adamkiewicz, Albert*, Die Eigenkräfte der Stoffe, das Gesetz von der „Erhaltung der Materie" und die Wunder im Weltall. Bibliothek f. Philosophie Bd. 17. Berlin, Leonhard Simion Nachf. (S. 69*.)
2. *Adler, A.*, Über organisch (kortikale)- und funktionell-nervöse Blasenstörungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 65, H. 1 u. 2.
3. *Aigner*, „Die Wünschelrute". Monatsschrift München. 9. Jahrg. (S. 70*.)
4. *Albrecht, Walter* (Berlin), Über die Beeinflussung des *Báránys*chen Zeigeversuchs vom Großhirn, speziell vom Stirnhirn aus. Archiv f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 106, H. 1.
5. *Anton, G.* (Halle), Was bedeutet die Entwicklungsmechanik von *W. Roux* für den Arzt? Ansprache gehalten beim 70. Geburtstage von *W. Roux*, Juni 1920, im Auftrage der med. Fakultät, Halle. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13/14, S. 101.
6. *Anton* und *Völker* (Halle), Vorschläge zur Befreiung des Venenkreislaufes und zur direkten Desinfektion des Gehirns. (Nach einem Vortrag in der Med. Ges. Halle a. S.). München. med. Wschr. Nr. 33, S. 952. (Ausführliche Mitteilungen: Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. Bd. 40.)
7. Archivio generale di Neurologia e Psichiatria fondata da *M. Levi-Bianchini* (Nocera superiore). Vol. 1, fasc. 1, pubbl. il 25. marzo 1920. Napoli. Giannini e figli. 166 S.
8. *Barth, Felix*, Dialacetin. Schweizer med. Wschr. Nr. 9.
9. *Bartmann, Fritz*, Über tonische Pupillenreaktion. Inaug.-Diss. München.
10. *Bartolini, A.*, et *C. Pastine*, Clono del piede (ricerche col galvanometro di Einthoven). Rivista di patol. nervosa et ment. Vol. 25, fasc. 3/4.
11. *Bauer, Julius* (Wien), Der jetzige Stand der Lehre von der Konstitution. Deutsche med. Wschr. Nr. 14/15, S. 402. (S. 68*.)
12. *Derselbe*, Degenration und ihre Zeichen. Wien. klin. Wschr. Jahrg. 33. S. 141.
13. *Baumann* und *Hussels*, Bericht über die Versammlung des Reichsverbandes Beamteter Deutscher Irrenärzte zu Hamburg, 26. Mai 1920. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 11/12, S. 92.
14. *Beck, D. J.* (Enschede, Niederl.), Zwang und Depression. Eine klinische Studie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 6, S. 273.
15. *Becker, H. W.* (Herborn), Die Wirkung des Krieges auf unsere Geisteskranken. Archiv f. Psych. u. Nervenkrh. Bd. 61, H. 1. (S. 65*.)
16. *Derselbe*, Über das anfallweise Auftreten von Krankheitserscheinungen. Fortschritte des Med. Jahrg. 37, Nr. 9. (S. 65*.)
17. *Berger, Hans* (Jena), Über die Ergebnisse der psychiatrischen und neu-

rologischen Untersuchungen auf einer Krankensammelstelle. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 6, S. 335.

18. *Berlit* (Sonnenstein, Sa.), Über Erfahrungen mit Nirvanol. Ztschr. f. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 61, S. 259. (S. 66*.)
19. *Bickel, Heinrich* (Bonn), Über die Entstehung der Trugwahrnehmungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 6, S. 307. (S. 72*.)
20. *Derselbe*, Über die Umbahnung nervöser Impulse. Münch. med. Wschr. Nr. 27, S. 775.
21. *Derselbe*, Über affektive und intellektuelle Wahnideen. Eine pathologische Studie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 58, S. 94. (S. 72*).
22. *Binding* und *Hoche*, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Leipzig, Meiner. 62 S. 6 M. (S. 69*.)
23. *Binswanger* und *Siemerling*, Lehrbuch der Psychiatrie, bearbeitet von *E. Schultze*, *Hoche*, *Westphal* und *Wollenberg*, herausgegeben von obigen. 5. Aufl. Jena, G. Fischer. 458 S. 14,50 M.
24. *Birnbaum, Karl* (Berlin-Herzberge), Die Strukturanalyse als klinisches Forschungsprinzip (vgl. *Kronfeld*, S. 317 ders. Zeitschr.). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 53, H. 3/4, S. 121. (S. 71*.)
25. *Derselbe*, Psychopathologische Dokumente. Selbstbekenntnisse und Fremdzeugnisse aus dem seelischen Grenzlande. Berlin, J. Springer. 330 S. 42 M. (S. 67*.)
26. *Blank, G.*, Über Strychninbehandlung (bei Nervenkrankheiten). Therapie der Gegenwart, Sept.
27. *Blum, D.* (Köln), Zum Nachweis der Bauchreflexe. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 358.
28. *Bohn, Wolfgang* (Löbau), Die Selbstheilung der kranken Seele durch Erkenntnis und Vertiefung. Leipzig, Max Altmann 115 S. 4,50 M. (S. 66*.)
29. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Die Psychiatrie und Neurologie in der Neuordung des medizinischen Studiums. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 6, S. 327.
30. *Borries, G. N. Th.* (Kopenhagen), Hauptnystagmus beim Menschen. Hospitalstidende Nr. 37.
31. *Bott, E. A.* (Toronto), The mentality of convalescence. Canadian journal of mental hyg. vol. 1, no. 4, p. 302.
32. *Boven*, Caractère individuel et aliénation mentale. Observations sur les rapports du caractère individuel de l'enfant avec le genre et la variété de la psychose ultérieure, chez les diverses aliénés. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. vol. 6, p. 317.
33. *Braun, Ludwig* (Wien), Herz und Psyche in ihren Wirkungen aufeinander. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 153 S. 15 M. (S. 67*.)
34. *Bresler, Joh.* (Kreuzberg), *Karl Bindings* „letzte Tat für die leidende



Menschheit". (Vgl. *Binding* und *Hoche*, Freigabe und Vernichtung lebensunwerten Lebens.) Psycho-neurol. Wschr. Nr. 35/36, S. 289.

35. *Bormann*, *J.*, Das sogen. „Biogenetische Grundgesetz" und die moderne Erblichkeitslehre. München u. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 15 S.
36. *Brown*, *Sanger*, *II*, Nervous and mental disorders of soldiers. The American. journ. of insanity vol. 76, no. 4, p. 419.
37. *Brown*, *William*, Psychopathology and dissociation. British med. journ. 31th Jan.-No.
38. *Brugsch*, *Theodor* (Berlin), Personalismus.
39. *Brunner*, *Conrad*, und *Wilhelm Muralt*, Aus den Briefen hervorragender Schweizer Ärzte des 17. Jahrhunderts. Basel, B. Schwabe & Co.
40. *Bryan*, *W. A.* (Danvers, Mass.), Reeducation of demented patients. The American journ. of insanity vol. 77, no. 1, p. 99.
41. *Bumke*, *O.* (Breslau), Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Nerven- und Geisteskranken. (Vortragsbericht v. 14. 11. 19): Deutsche med. Wschr. Nr. 2, S. 55.
42. *Bumke*, *Oswald* (Breslau), Medizinische Fachschulen und allgemeine Bildung. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 543. (S. 70*.)
43. *Carrière*, *Reinhard*, Neuere skandinavische Arbeiten über Erblichkeitsforschung. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 78.
44. *Clarke*, *C. K.*, and *Farrar*, *C. B.*, One thousand psychiatric cases from the Canadian army. Canadian journal of mental hygiene vol. 1, no. 4, p. 313.
45. *Czerni*, *Ad.* (Berlin), Der Arzt als Erzieher des Kindes. 5. Aufl. Wien, Fr. Deuticke. 1919. 118 S. 3 M.
46. *Decker*, *Ludwig*, Über pathologische Schlafzustände. Inaug.-Diss. Bonn.
47. *Dehio* (Colditz), Das Verhalten des Körpergewichts und die Ernährungsverhältnisse der männlichen Verpflegten in der Sächsischen Landesanstalt Colditz während der Kriegsjahre 1915—1919. Vierteljhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 60, H. 1, S. 27. (S. 66*.)
48. *Dimitz*, *Ludwig*, und *Schilder*, *Paul* (Wien), Über Pupillennystagmus. Neurol. Zentralbl. Nr. 17, S. 561.
49. *Dück*, *J.* (Innsbruck), Beitrag zum Kapitel: Sexualität und Weltkrieg. Ztschr. f. Sexualwiss. Bd. 6, H. 11, S. 347. (S. 71*.)
50. *Derselbe*, Anonymität und Sexualität. Ztschr. f. Sexualwissenschaft Bd. 7, H. 2, S. 49. (S. 71*.)
51. *Derselbe*, Entwicklungsjahre — Schule — Elternhaus. Ztschr. f. Sexualwiss. Bd. 6, H. 12, S. 377. (S. 70*.)
52. *Enge*, *J.* (Lübeck), Soziale Psychiatrie. Berlin, Adler-Verlag. 205 S.
53. *Erben*, *Siegmund* (Wien), Über das Zittern. (Aus dem Lehrbuch der Diagnose von Simulation nervöser Störungen, 2. Aufl.) Med. Klin. Nr. 10, S. 254.
54. *Derselbe*, Die krankhaften Veränderungen des Ganges. Med. Klin. Nr. 19, S. 492. (S. 71*.)

55. *Fankhauser, E.* (Waldau, Kt. Bern), Zur Frage der Lokalisation psychischer Funktionen. Schweizer. med. Wschr. Nr. 35.

56. *Fumarola, G.* (Roma), Contributo alla terapia di alcune forme di cefalea (essenziale) permanente, mediante la puntura lombale. Archivio di neuroglia e psich. vol. 1, p. 107.

57. *Fauman, D. H.* (Toronto), The social service problems of the Jewish immigrant. Canadian journal of mental hyg. vol. 1, no. 4, p. 323.

58. *Fehlinger, H.*, Geisteskranke und Schwachsinnige in den Vereinigten Staaten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 43/44, S. 333.

59. *Fehsenfeld, G.* (Neuruppin), Die Zunahme der Tuberkulose im Kriege; Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1/2, S. 1.

60. Film und Wissen, Monatsschrift für wissenschaftliche, Schul- und Privat-Kinematographie. H. 3. Herausgeber: Dr. *W. Spatz.* Filmkulturverlag, Charlottenburg. (S. 71*.)

61. *Fischer, Heinrich* (Gießen), Zur Biologie der Degenerationszeichen und der Charakterforschung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 62, S. 261.

62. *Derselbe*, Zum Ausbau der tierexperimentellen Forschung in der Psychiatrie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 4, S. 181. (S. 71*.)

63. *Flechsig, Paul*, Anatomie des menschlichen Gehirns und Rückenmarks auf myelogenetischer Grundlage. Erster Band mit 25 Tafeln und 8 Figuren im Text. Leipzig, Georg Thieme. (S. 67*.)

64. *Förtig, Hermann* (Würzburg), Zur Frage des Hirndrucks. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, H. 3—4, S. 175.

65. *Forrester-Brown, M.*, Difficulties in the diagnosis of nerve function. British journal of surg. vol. 7, no. 28.

66. *Freimark, Hans*, Die Revolution als psychische Massenerscheinung. Historisch-psychologische Studie. München. J. F. Lehmann. 110 S. 9 M. (S. 70*.)

67. *Freud, Sigm.* (Wien), Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. 4. Aufl. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 104 S. 12 M.

68. *v. Frey, M.*, Vorlesungen über Physiologie. 3. Aufl. Berlin, J. Springer. 396 S. 28 M.

69. *Friedmann, E. D.*, On a possible significance of the Babinski and other pathological reflexes. American journal of nerv. and mental dis. vol. 51, p. 146.

70. *Friedländer* (Freiburg), Sozial-medizinische Fragen. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 1. (S. 66*.)

71. *Fröschels, E.* (Wien), Sprachstörungen und Schule. Wien. med. Wschr. Nr. 22.

72. *Fuchs, Walter* (Emmendingen), Stereopsychiatrie — Vitalreihenpsychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 11/12, S. 87.

73. *Derselbe*, Psychiatrische Neuorientierung: Experimentalpsychologie,



Phänomenologie, Vitalreihenpsychiatrie. Neurol. Ztrlbl. Nr. 24, S. 786.

74. *Galant, S.* (Bern-Belp), Ein Kratzreflex des geköpften Carabus auratus. Biolog. Ztrlbl. Bd. 40, Nr. 7, S. 335. (S. 64*.)

75. *Gerstmann, J.*, und *Schilder, P.* (Wien), Studien über Bewegungsstörungen: 1. Eigenartige Formen extrapyramidaler Motilitätsstörung; 2. Eigenartiger Typus motorischer Reizerscheinungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 254 u. 276.

76. *Giese, Fritz*, Zur Untersuchung der praktischen Intelligenz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59. (S. 71*.)

77. *Goldscheider, A.*, Das Schmerzproblem. Berlin, J. Springer. 91 S. 10 M.

78. *Goldschmidt, R.*, Die quantitative Grundlage von Vererbung und Artbildung. Berlin, J. Springer. 163 S. 38 M.

79. *Derselbe*, Einführung in die Vererbungswissenschaft. 3. neubearb. Aufl. Leipzig, Engelmann. 519 S. 56 M.

80. *Goldstein, Manfred* (Halle a./S.), Die diagnostische Brauchbarkeit, die Lokalisation und die funktionelle Bedeutung des Handvorderarm- und des Fingergrundgelenkreflexes. Münch. med. Wschr. Nr. 51, S. 1460.

81. *Derselbe*, Die Gelenkreflexe der Hand und ihre klinische Bedeutung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 1.

82. *Grafe, E.*, und *Traumann, C.* (Heidelberg), Zur Frage des Einflusses psychischer Depressionen und der Vorstellung schwerer Muskelarbeit auf den Stoffwechsel. (Untersuchungen in der Hypnose ausgeführt in Gemeinschaft mit den cand. med. Herren *Laufer* und *Samson*.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 237.

83. *Graul, G.*, Die Bedeutung der Konstitution für krankhaftes Geschehen. Würzburger Abh. Bd. 19, H. 12. Kabitsch. 1919. 18 S. 1,20 M.

84. *del Greco, Francesco* (Aquila), La instabilità degli „individui" e le „folle". Note psicologiche in rapporto all' ora presente. Archivio generale di neuroglia e psich. vol. 1, p. 72.

85. *Gregg, Donald* (Wellesley, Mass.), Thymic reactions in the differentiation of neurotic from psychic conditions. The American journal of insanity vol. 76, no. 4, p. 403.

86. *Gregor, Adalbert* (Leipzig-Dösen), Zur pädagogischen Bewertung psychischer Störungen. Ztschr. f. päd. Psychol. u. Pädagogik Bd. 21, S. 277.

87. *Groebbels, Franz* (München), Der Aufbau des Ernährungssystems der nervösen Zentralorgane. Münch. med. Wschr. Nr. 32, S. 923.

88. *Groß* (Schussenried), Psychiatrische Rückblicke und Ausblicke. Vortrag. Württ. Mediz. Korrespondenzbl. (S. 65*.)

89. *Grünbaum, A. A.* (Amsterdam), Das psychogalvanische Reflex-Symptom und sein psychodiagnostischer Wert. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 27. März.

90. *Günther* (Suttrop i. Westf.), Zur Behandlung von Psychosen mit großen Aderlässen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 320.



91. *Gutmann*, *Moses Julius*, Über den heutigen Stand der Rassen- und Krankheitsfrage der Juden. Eine Feststellung und neue Wege zu ihrer Lösung. Anschließend eine ausgedehnte Bibliographie. Inaug.-Diss. München.

92. *Gutmann*, *Walter*, Spezielle Diagnostik und Therapie mit Berücksichtigung aller Zweige der Medizin. München, J. F. Bergmann. 698 S. 42 M.

93. *Haecker*, *V.* (Halle a./S.), Mendelforschung. Pflügers Archiv Bd. 181.

94. *Hansen*, *K.*, und *Hoffmann*, *P.*, Die Bedeutung der Sehnenreflexe für die Erhaltung der Gelenkstellung. Ztschr. f. Biologie Bd. 71, H. 2, S. 99. (S. 64*.)

95. *Hart*, *Carl* (Berlin), Über die Vererbung erworbener Eigenschaften. Berlin. klin. Wschr. Nr. 28, S. 654.

96. *v. Hattingberg* (München), Wie wirkt Psychotherapie? München. med. Wschr. Nr. 36, S. 1037.

97. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg), Über diagnostische Cutanreaktionen bei Dementia praecox. (Vortrag a. d. südwestdeutsch. Psychiater-Vers. in Karlsruhe. Novemb. 1920.) Bericht: Ztschr. f. d. gs. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 23, H. 4. (S. 66*.)

98. *Derselbe*, Wie, wann und wozu gähnen wir? Vortrag a. d. Vers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte. Archiv f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 62, Heft 3. (S. 70*.)

99. *Henneberg*, *R.* (Berlin), Zur Methodik der Intelligenzprüfung. Berl. klin. Wschr. Nr. 25, S. 581.

100. *Henrichs* (Christiania), Ichthyosis und Geisteskrankheiten. Norsk magazin for laeger (1920), no. 10.

101. *v. Hentig*, *Hans* (München), Über den Zusammenhang von kosmischen, biologischen und sozialen Krisen. Tübingen, J. C. B. Mohr. 105 S. (S. 70*.)

102. *Herfort*, *K.*, Psychopathologie des Kindesalters. (Habilitationsvortrag.) (Tschechisch.) Cas. česk. lék. vol. 59, p. 621.

103. *Hildebrandt*, *Kurt* (Dalldorf), Funktionell, endogen, psychogen. (Ein Beitrag zur allgemeinen Psychopathologie.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 3/4, S. 242. (S. 68*.)

104. *Derselbe*, Norm und Entartung des Menschen. Dresden, Sybillenverlag. 293 S. 27 M.

105. *Derselbe*, Norm und Verfall des Staates. Dresden, Sybillenverlag. 245 S. 23 M.

106. *Hinsch*, *Dorothea*, Über Gehirnfieber. Inaug.-Diss. Jena und Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 54, H. 1/5, S. 303.

107. *Hoche*, *A.* (Freiburg i. Br.), Die „Ursache“ bei Geisteskrankheiten. Med. Klin. Nr. 1, S. 1. (S. 72*.)

108. *Hochstetter*, *Ferd.*, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des mensch-



lichen Gehirns. I. Teil. Wien u. Leipzig. 1919. Franz Deuticke. 170 S.

109. *Hoffmann*, *Paul* (Würzburg), Demonstration eines Hemmungsreflexes im menschlichen Rückenmark. Ztschr. f. Biologie Bd. 70, H. 11—12. S. 515. (S. 64*.)

110. *Derselbe*, Versuche über Bahnung und Hemmung im menschlichen Rückenmark. Med. Klin. Nr. 26, S. 677.

111. *Holle*, *H. G.*, Allgemeine Biologie als Grundlage für Weltanschauung, Lebensführung und Politik. München, 1919, J. F. Lehmann.

112. *Hudowernig*, *Karl* (Budapest), Krieg und Massenpsychose. Neurol. Zentralbl. Nr. 7, S. 209.

113. *Jablonski*, *Walter* (Berlin), Über Albinismus des Auges im Zusammenhang mit der Vererbungslehre. Deutsche med. Wschr. Nr. 26, S. 708.

114. *Jacobi*, *W.* (Jena), Über Fieberreaktionen bei Geisteskrankheiten nach intravenösen Injektionen mit Ringerscher Lösung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 219. (S. 66*.)

115. *Derselbe*, Die Ekstase der alttestamentarischen Propheten. München. G. F. Bergmann. 62 S. 9 M.

116. *Jacobsohn*, *L.* (Berlin-Lichterfelde), Über die Fernaldsche Prüfungsmethode zur Feststellung des sittlichen Empfindens und ihre weitere Ausgestaltung. Neurol. Zentralbl. Nr. 6, S. 178.

117. *Jaensch*, *Walter* (Marburg), Über Beziehungen von körperlichen und psychischen Eigenschaften der Persönlichkeit mit besonderer Rücksicht auf innere Sekretion und klinische Fragen. Sitzungsber. der Gesellsch. z. Beförderung d. ges. Naturw. zu Marburg Nr. 5, S. 84 (November 1920).

118. *Derselbe*, Über Wechselbeziehungen von optischen, zerebralen und somatischen Stigmen bei Konstitutionstypen. (Vorl. Mitteilung.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 104. (S. 71*.)

119. *Jaspers*, *Karl*, Allgemeine Psychopathologie für Studierende, Ärzte und Psychologen. 2. neubearb. Aufl. Berlin, J. Springer. 417 S. 34,80 M. (S. 67*.)

120. *Jessovics*, *Kolomán*, Eine neue Auslösungsstelle des Babinskireflexes. Orvosi hetilap Nr. 15.

121. *Jeliffe*, *Smith Ely*, and *White*, *William A.*, Diseases of the nervous system. Philadelphia and New York, 1919.

122. *Jörgensen*, *Carl*, Bromsalzwasser bei psychischen Exaltationszuständen. Hospitalstidende Nr. 4.

123. *Jolly*, *Ph.*, Die Ursachen und die ärztliche Behandlung der psychopathischen Konstitution. Beitr. zur Kinderforschung und Heilerziehung H. 177. Langensalza, Beyer & Söhne.

124. *Juliusburger*, *O.* (Berlin-Schlachtensee), Über die Hypnotica Dial und Dialacetin. Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 1335. (S. 66*.)

125. *Jungmann*, *P.* (Berlin), Die innere Medizin im Weltkriege: Nerven-

erkrankungen. (Die deutschen Ärzte im Weltkriege. Herausgegeb. von W. Hoffmann.) Berlin, Mittler & Sohn.

126. *Kafka, V.* (Hamburg), Blutforschung und Geisteskrankheiten. Med. Klin. Nr. 13, S. 329.

127. *Kahler, H.*, Über das Verhalten des Blutdrucks nach der Lumbalpunktion. Wien. klin. Wschr. Nr. 46.

128. *Kahn, Eugen* (München), Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 280. (S. 68*.)

129. *Derselbe*, Erörterungen über die Beziehungen zwischen Erbbiologie und klinischer Psychiatrie. (Vortrag. Wissenschaftl. Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt f. Psychiatrie in München.) Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 1/2, S. 114.

130. *Derselbe*, Erbbiologisch-klinische Betrachtungen und Versuche. (Aus der Deutschen Forschunsganstalt für Psychiatrie in München.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 264.

131. *Kehrer, F.* (Breslau), Die Indikationen zur aktiven Behandlung. Aus „Dienstbeschädigung und Rentenversorgung“ S. 51. Herausgegeb. von Prof. C. Adam, Berlin. Jena, G. Fischer.

132. *Kestner, Otto* (Hamburg). Ein amerikanisches Werk über Unterernährung: Human vitality and efficiency under prolonged restricted diet, by Walter R. Miles, Francis G. Benedict, Paul Roth and Monmouth Smith. 280th publication of the Carnegie-Institute. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 458.

133. *Kiehlholz, A.* (Königsfelden, Schweiz), Jacob Böhme. Ein pathographischer Beitrag zur Psychologie der Mystik. Leipzig, Fr. Deuticke.

134. *Kiewiet de Jonge, A. J.*, Die Abnahme der psychischen Energie und der Bewußtseinshöhe als Ursache des krankhaften Geisteslebens. Psych. en neurol. Bl. vol. 24, p. 266.

135. *Kiss, Josef*, Vorbeizeigen bei kräftigem Seitwärtsblicken. Orvosi hetilap no. 5.

136. *Klages, L.*, Handschrift und Charakter. Gemeinverständlicher Abriß der graphologischen Technik. 254 S., 137 Fig., 21 Tabellen. 34 M. Leipzig, Joh. Ambros. Barth.

137. *Klieneberger, Otto* (Königsberg i. Pr.), Über die christliche Wissenschaft (Gesundbeten und Gesunddenken). Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 3, S. 603.

138. *Derselbe*, Diabetes und Psychose. Mtsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 6, S. 351. (S. 65*.)

139. *Derselbe*, Zur Frage der Homosexualität. Vortrag im Verein f. wiss. Heilkunde in Königsberg. Deutsche med. Wschr. Nr. 32. (S. 72*.)

140. *Klose, Rudolf*, Das Gehirn eines Wunderkindes (des Pianisten Goswin Sökeland). Ein Beitrag zur Lokalisation des musikalischen Talentes im Gehirn. Inaug.-Diss. Leipzig. (S. 66*.)



141. *Kluge, Andreas* (Preßburg), Beitrag zur Störung der assoziativen Augenbewegungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 54, H. 1/5, S. 290.

142. *Kluth, Wilhelm* (Nürnberg), Beitrag zur psychiatrischen Krankenbewegung im Kriege. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 23/24, S. 181. (S. 65*.)

143. *Koch, Richard* (Frankfurt a. M.), Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens. 2. umgearbeitete Aufl. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 206 S. 15 M.

144. *Koch, R.* und *Riese, W.* (Frankfurt a./M.), Das psychische Verhalten bei alimentärer Osteopathie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 42.

145. *Köllner, H.*, Der Augenhintergrund bei Allgemeinerkrankungen. Berlin, Jul. Springer. 38 M.

146. *Kollarits, Jenö* (Budapest, z. Zt. Davos). Lagewahrnehmungsstörungen und Ataxie. Schweizer med. Wschr. Nr. 40.

147. *Derselbe*, Zuhilfenahme der Visualisation bei psychologischen und pathologischen Erinnerungslücken, besonders von Namen und Zahlen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 54, H. 1/5, S. 281. (S. 70*.)

148. *Derselbe*, Unterbrechungs- und Abbrechungsgefühle bei nervösen und nichtnervösen Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 255.

149. *Königer, H.* (Erlangen), Über intermittierende Therapie. III. Die Wirkung der Narkotika, zugleich ein Beitrag zur unspezifischen Therapie der Infektionskrankheiten. Münch. med. Wschr. Nr. 40, S. 1136.

150. *Koopman, J.* (Haag-Holland), Aceton in der Zerebrospinalflüssigkeit. Deutsche med. Wschr. Nr. 18, S. 489.

151. *Kooy, F. H.*, Blutzucker und Psychose. Psych. en neurolog. Bl. vol. 24, p. 143.

152. *Kraepelin, E.* (München), Lebensschicksale deutscher Forscher (Alzheimer, Brodmann, Nissl). Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 75.

153. *Derselbe*, Psychiatrische Randbemerkungen zur Zeitgeschichte. Süddeutsche Mtshefte 1919, S. 171. Referat *Kehrer*: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 20, H. 2, S. 149.

154. *Derselbe*, Die Verfassung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 310.

155. *Derselbe*, Krieg und Geistesstörungen. Münch. med. Wschr. Nr. 43, S. 1235.

156. *Derselbe*, Einteilung der Geisteskrankheiten für die Reichsstatistik (Münchener Entwurf unter Berücksichtigung einiger Änderungen.) Vortrag: Deutscher Verein f. Psychiatrie, Hamburg, Mai 1920.



Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 3/4, S. 188.

157. *Derselbe*, Wilhelm Wundt. (Aus der Deutschen Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 351.

158. *Derselbe*, Die Erscheinungsformen des Irreseins. (Aus der Deutschen Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 1.

159. *Krambach, Reinhard* (Berlin-Dresden), Über Störungen der Tiefensensibilität bei peripheren Schädigungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 272.

160. *Kraus, P.* (Berlin), Adaptive Zustandsveränderungen und Konstitutionsproblem. F. Martius zu Ehren seines 70. Geburtstages. Deutsche med. Wschr. Nr. 36, S. 989.

161. *Krehl, Ludolf*, Pathologische Physiologie. 10. Aufl. Leipzig, F. C. W. Vogel. 190 S. 30 M.

162. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen), Die psychopathologische Forschung und ihr Verhältnis zur heutigen klinischen Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 232.

163. *Kronfeld, Artur* (Berlin), Bemerkungen zu den Ausführungen von *Birnbaum* über die Strukturanalyse als klinisches Forschungsprinzip. (Vgl. gl. Ztschr. H. 1/4, S. 121.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 3/4, S. 317.

164. *Derselbe*, Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis. Beiträge zur allgemeinen Psychiatrie. I. Berlin, Jul. Springer. 482 S. 30 M. (S. 68*.)

165. *Krüger, August*, Episodische Schlafzustände (Lethargien). Inaug.-Diss. Greifswald.

166. *Kruckenberg, H.*, Der Gesichtsausdruck des Menschen. 2. neubearb. u. verm. Aufl. Stuttgart, Ferd. Enke. 328 S., 259 Textabb. 28 M.

167. *Künzel, Werner*, Kubismus und Geisteskrankheit. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, H. 2. (S. 65*.)

168. *Landauer, Karl* (Frankfurt a. M.), Das Sichstrecken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 296.

169. *Lange, Johannes*, Über Intelligenzprüfungen an Normalen. (Aus den wissenschaftl. Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 20, H. 3, S. 218.

170. *Larsen, J*, und *Lind, Henry* (Aarhus, Dänemark), Die Koagulationszeit des Blutes bei einigen Geisteskrankheiten. Hospitalstidende no. 14.

171. *Leidig, Alfred*, Beitrag zur Lehre von der Entzündung. Inaug.-Diss. Kiel.

172. *Lewin, James* (Berlin), Neue Wege und Ziele der Psychopathologie

mit besonderer Berücksichtigung der Hysterie und Dementia praecox. Vortragsbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 21, H. 1, S. 23.

173. *Derselbe*, Neue Wege und Ziele der Psychopathologie. Neurolog. Zentralbl. Nr. 2, S. 50. (S. 68*.)

174. *Derselbe*, Das Unbewußte und seine Bedeutung für die Psychopathologie. Vortragsbericht: Neurolog. Zentralbl. Nr. 13, S. 461.

175. *Derselbe*, Wundt und seine Verdienste um die Psychologie. Vortragsbericht v. 30. Dezember 1920. Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol., R. u. E., Bd. 24, S. 49.

176. *Liebers* (Dösen), Welchen Einfluß hatte die Kriegsernährung auf die Angehörigen der Heilanstalt Dösen. Psych.-neurolog. Wschr. Nr. 3/4. (S. 66*.)

177. *Lomer*, *Georg*, Die Welt der Wahrträume. Bekenntnisse eines Bekehrten. 1.—3. Aufl. Leipzig bei Altmann. (S. 70*.)

178. *Lorand*, *Arnold* (Karlsbad), Vergeßlichkeit und Zerstreutheit und ihre Behandlung durch hygienische und therapeutische Maßnahmen. Leipzig, Werner & Klinkhardt. 220 S.

179. *Löwenstein*, *Otto* (Bonn), Über die Feigheit. Ihre psychologische, strafrechtliche und klinische Bedeutung. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 1, S. 89.

180. *Derselbe*, Über den Nachweis psychischer Vorgänge und die Suggestibilität für Gefühlszustände im Stupor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61. (S. 71*.)

181. *Derselbe*, Über eine Methode zur Feststellung der wahren Hörfähigkeit und die Unterscheidung der organischen von der psychogenen Schwerhörigkeit und Taubheit. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 1402. (S. 71*.)

182. *Lundborg*, Kultur- und Rassenprobleme in medizinisch-biologischer Bedeutung. Svensk Lekaresellk. Förhandl vol. 46, H. 2.

183. *Maas*, *Otto* (Berlin), Beitrag zur Kenntnis des Zwergwuchses. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 196.

184. *Marburg*, *O.* (Wien), Studien über die sogenannten Reflexautomatismen des Rückenmarks. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 1, S. 99.

185. *Martin*, *Alfred* (Bad Nauheim), Geiler von Kaysersberg zur sexuellen Not, die er als Antoniusfeuer bezeichnet. Deutsche med. Wschr. Nr. 41.

186. *Mathers*, *T. A.* (Winnipeg, Mass.), The responsability of the medical profession in the programme of mental hygiene. Canadian journal of mental hyg. vol. 1, nr. 4, p. 295.

187. *McDougall*, *W.* (Oxford), The revival of emotional memories and its therapenutic value. British journal of psychology vol. 1, part. 1, p. 23.

188. *Derselbe*, Motives in the light of recent discussion. Mind, vol. 29, nr. 115, p. 277.



189. *Derselbe*. A note on suggestion. The journal of neurol. and psychopathology vol. 1, nr. 1, p. 1.

190. *Mendel, Kurt* (Berlin), Intermittierendes Blindwerden. Neurolog. Zentralbl. nr. 15, S. 503.

191. *Moede, Walter* (Charlottenburg), Experimentelle Massenpsychose. Leipzig, S. Hirzel. 239 S. 22 M.

192. *Möller, A.*, Geschichte der Geisteskrankheiten, des Irrenwesens und der Irrenheilkunde. Leipzig, Albert Otto Paul. 63 S. (S. 69*.)

193. *Moerchen, Fr.* (Wiesbaden), Über Pseudopsychosen. Vortrag: 45. Wandervers. Südwestd. Neurolog. u. Irrenärzte, Baden-Baden, Juni 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 3/4, S. 192.

194. *Mollweide, K.* (Konstanz), Symptomenkomplexe und Krankheitsbilder in der Psychiatrie in ihren Beziehungen zu psychomotorischen und psychosensorischen Grundmechanismen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 19. (S. 68*.)

195. *Monar, Carl* (Bonn), Über die Gefahren der Lumbalpunktion. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 293.

196. *Müller, Friedrich* (München), Konstitution und Individualität. Rektorats-Antrittsrede. München, Lindauersche Univ.-Buchhandl. (Schöpping). 1,20 M. (S. 68*.)

197. *Myerson, Abraham* (Boston), Out-patient psychiatry. The American journ. of insan. vol. 77, nr. 1, p. 47.

198. *Neumann*, Gen.-O.-Arzt (Naumburg), Ein Beitrag zur Massenpsychose. Ztschr. f. med. Beamte Nr. 15.

199. *Nothaft, Alfred A. Mich.*, Über Menstruationsstörungen im Zusammenhang mit geistigen Störungen. Inaug.-Diss. München.

200. *Oppenheimer, C.*, Grundriß der Physiologie. I. Teil. Biochemie. 3. Aufl. Leipzig, Gg. Thieme. 522 S.

201. *Osler, William*, I. Praes. of the John Hopkins Institute. Baltimore, 29. Dec. 1919.

202. *Petrén, A.*, Bemerkungen zum nosographischen Verhalten der Bauchreflexe. Vortrag, 10. Jahresvers. Deutscher Nervenärzte. Leipzig, Sept. 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 5/6, S. 316.

203. *Pfeifer, R. A.*, Das menschliche Gehirn. 3. Aufl. Leipzig, W. Engelmann. 123 S.

204. *Pick, A.*, Über die Beeinflussungen von Visionen durch zerebellar ausgelöste vestibuläre und ophthalmostatische Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56. (S. 65*.)

205. *Pilcz, Alexander* (Wien), Lehrbuch der speziellen Psychiatrie für Studierende und Ärzte. 5. Aufl. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 311 S. 30 M. (S. 67*.)



206. *Placzek* (Berlin), Freundschaft und Sexualität. 5. Aufl. Bonn, Marcus & Weber. 162 S. (S. 69*.)

207. *Plaut, F.* (München), Untersuchungen über die Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen im Citratblut bei Nerven- und Geisteskrankheiten. (Aus der Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 280.

208. *Derselbe*, Über Unterschiede in der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei verschiedenen Geisteskrankheiten. (Aus den wissensch. Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 20, H. 3, S. 227.

209. *v. Podmaniczky, T.* (Pest), Stirnhirn und Körpergewicht. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, H. 1—2.

210. *Poensgen, F.* (Kiel), Der Geisteszustand der Gebärenden. Sammelreferat. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 51, H. 3—4.

211. *Popper, Erwin* (Prag), Lidnystagmus und inkomplette Ptosis. Ein Beitrag zur Frage der Reizdiffusion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 49.

212. *Derselbe*, Zur Kenntnis des Patellarreflexes, zugleich über eine neue Methode der Reflexverstärkung. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, H. 3/4. Wilhelm Erb-Nummer.

213. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Der heutige Stand der Therapie der Geisteskrankheiten. Therap. Halbmonatsh. Nr. 4 u. 5.

214. *Reichardt, Max* (Würzburg), Über den Unterricht und die Prüfung der Medizin Studierenden in der gerichtlichen und sozialen Medizin. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 9. (S. 70*.)

215. *Derselbe*, Die seelisch-nervösen Störungen nach Unfällen. Deutsche med. Wschr. Nr. 4, S. 89.

216. *Rein* (Landsberg a. W.), Standesfragen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 27/28, S. 216.

217. *Ries, Julius* (Bern), Die rhythmische Hirnbewegung. Bern, Paul Haupt. 103 S. 12 M.

218. *v. Rohden, Fried.* (Nietleben), Über Reaktionsversuche an 220 normalen und pathologischen Soldaten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 333.

219. *Rohleder, Hermann* (Leipzig), Vorlesungen über das gesamte Geschlechtsleben des Menschen. 4., verb. u. gänzl. umgearb. Aufl. Berlin, H. Kornfeld. (Bd. III. Das perverse heterosexuelle und auto-monosexuelle Geschlechtsleben. Bd. IV. Die homosexuellen Perversionen des Menschen.)

220. *Rosenfeld, Max* (Rostock, früher Straßburg), Zur klinischen Diagnose der Hirnschwellung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 3/4, S. 235.

221. *Derselbe*, Über das Verhalten einiger Reflexe bei Bewußtseinsstörungen.



Vortrag, Verein nordd. Psychiater. Kiel 1920. Bericht: Zeitschr. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 24, S. 64.

2. *Runge*, *W.* (Kiel), Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Gesunden und Geisteskranken. (Vorläufige Mitteilung.) Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 953. (S. 71*.)

3. *Sack*, *A.*, Die geistigen Typen der Juden und die Revolutionsbewegung. Heidelberg, Wolff. 34 S. 1,80 M.

4. *Sadger*, *J.* (Wien), Friedrich Hebbel. Ein psychanalytischer Versuch. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 374 S. 30 M. oder 75 Kr. H. 18 d. Schriften z. angew. Seelenkunde, herausgegeb. von Freud. (S. 69*.)

5. *Schilder*, *Paul* (Wien), Über Halluzinationen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 3/4, S. 169.

6. *Derselbe*, Schädigung durch Laienhypnotiseure. Vortrag, Wien, Dez. 1920. Bericht: Wien. klin. Wschr. S. 1122.

7. *Schlesinger*, *Hermann*, Erkrankungen des Nervensystems durch Nährschäden und Hunger. Ztschr. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59. (S. 72*.)

8. *Schneider*, *C.* (Leipzig), Über Zoanthropie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 5, S. 269.

9. *Scholz Ludwig* †, Seelenleben der Soldaten an der Front. Hinterlassene Papiere eines gefallenen Nervenarztes. Tübingen, J. C. B. Mohr. 246 S. 6 M.

0. *Schürer*, *J.* (Frankfurt a. M.), Über den Gesichtsausdruck bei inneren Krankheiten. Antrittsvorlesung an der Med. Universitäts-Klinik Frankfurt a. M., gehalten am 18. November 1919. Med. Klinik Nr. 21, S. 541.

1. *Schultz*, *J. H.* (Jena), Zur Abgrenzung der echten nervösen Erschöpfung durch psychologische Leistungsprüfungen. Vortrag, Vers. Mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen zu Halle, Okt. 1920. Bericht: Neurolog. Zentralbl. Nr. 2, S. 81.

2. *Schwab*, *O.*, Untersuchungen zu einem Gesetz der Lähmungstypen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, S. 129.

3. *Schwartz* (Basel), Über die gesteigerten Patellarreflexe bei Psychoneurosen. Schweizer med. Wschr. Nr. 42.

4. *Sernau*, *Wilhelm*, Muskelsinnstörungen und ihre psychische Verwertung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, H. 1. (S. 65*.)

5. *Siemens*, *Hans Werner* (München), Über kausale Therapie erblicher Krankheit und erblicher Minderwertigkeit. Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 1344.

6. *Sievers*, *Roderich*, Vorschläge zur Sensibilitätsprüfung. Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 282.

7. *Simmonds*, *Otto* (Frankfurt a. M.), Hypnose und Psychose. Med. Klin. Nr. 20, S. 518.

8. *Sommer*, *Georg* (Bergedorf), Geistige Veranlagung und Vererbung.



1919. Aus Natur u. Geisteswelt Bd. 152. 2. Aufl. Leipzig, Teubner. 122 S. 2,80 M. (S. 69*.)

239. *Derselbe*, Leib und Seele in ihrem Verhältnis zueinander. Aus Natur und Geisteswelt Bd. 702. Leipzig, Teubner. 128 S. 2,50 M. (S. 69*.)

240. *Spatz*, *Hugo* (München), Über eine besondere Reaktionsweise des unreifen Zentralnervengewebes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 5, S. 363.

241. *Spiegel*, *Ernst* (Wien), Die zentralen Lokalisationen autonomer Funktionen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, S. 142 u. 229.

242. *Stadelmann*, *Heinrich* (Dresden), Karzinom ein Irresein? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 39/40, S. 310.

243. *Stähle*, *E.*, Der Reflexablauf der Großzehe. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, S. 198.

244. *Stanford*, *R. V.* (Cardiff), A new method for the estimation of minute quantities of nitrogen in organic substances, wich furnishes a new quantitativ method of diagnosis in some cases of mental disease. Cardiff, Western Mail, ltd. 1919. 16 S.

245. *Derselbe*, Indigo-forming substances in urine (urinary „indican") and Indigo-producing substances in urine (urinary „indican"). II. new qualitative tests. Reports from the chemical laboratory, Cardiff city mental hospital nr. 5. Cardiff, Western Mail ltd. 9 S.

246. *Derselbe*, A dilution colorimeter, and some observations on the experimental errors of colorimetrie comparison. Reports from the chemical laboratory, Cardiff city mental hospital, nr. 3. Cardiff, Western Mail ltd. 12 S.

247. *Stearns*, *A. W.*, The classification of industrial applicants. The Amer. journ. of insan. vol. 76, nr. 4, p. 409.

248. *Stekel*, *Wilhelm* (Wien), Der Wille zum Leben. Neue und alte Wege zum Glück. Berlin, Otto Salle. 6 M.

249. *Derselbe*, Krieg und Impotenz. Med. Klin. Nr. 30, S. 775.

250. *Derselbe*, Die Geschlechtskälte der Frau. Wien, Urban & Schwarzenberg. 402 S. 26 M.

251. *Stengel*, *W.*, Die künstliche Sterilisierung der Frau vom psychiatrischen Standpunkt. (Aus der Psych. u. Nervenklinik Königsberg i. Pr.) Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 3, S. 492. (S. 66*.)

252. *Stern*, *Fritz* (Rinteln), Über die Möglichkeit der psychischen Diagnostik überhaupt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 5, S. 346.

253. *Stern*, *R.* (Wien), Zur Entstehung der Angst. Wien. Klin. Wschr. Nr. 40.

254. *Sternberg*, *Carl*, Über echten Zwergwuchs. Zieglers Beitr. zur pathol. Anatomie u. allg. Pathol. Bd. 67, H. 2.

255. *Stiefler*, *Georg* (Innsbruck), Erfahrungen und Vorschläge über die militärärztliche Verwendung und Stellung des psychiatrisch Neurologen



im Kriege, im besonderen bei der Armee im Felde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69. (S. 70*.)

256. *Stransky, E.* (Wien), Die Aufgaben der Psychiatrie beim seelischen Wiederaufbau des deutschen Volkes. Vortrag, Jahresvers. des D. V. f. Psych., Hamburg-Friedrichsberg, Mai 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 3/4, S. 225.

257. *Strauß, Otto*, Erfolge der Bestrahlung bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Klin.-therap. Wschr. Nr. 19/20.

258. *Strohmayer, Wilh.* (Jena), Zur Frage der künstlichen Sterilisierung der Frau aus eugenetischen Indikationen. Deutsche med. Wschr. Nr. 14/15, S. 387.

259. *Sturm, Josef* (Gotha), Die Frage der Pupillenungleichheit. Blätter f. Vertrauensärzte der Lebensversicherung Bd. 11, S. 19.

260. *Thomalla, C.*, Der Lehrfilm in der Irren- und Nervenheilkunde. Film und Wissen, herausgegeb. von Prof. Dr. W. Spatz. Berlin-Wilmersdorf, 1920, H. 3, S. 6.

261. *Thoms, Douglas A.*, and *Fenton, Norman*, Amnesias in war cases. The Amer. journ. of insan. vol. 76, nr. 4, S. 437.

262. *Tobias, E.*, Die Hydrotherapie des Praktikers bei der Behandlung der Schlaflosigkeit. Ztschr. f. physikal. Therapie Bd. 24, H. 3.

263. *Tomor, Ernst*, Die Grundirrtümer der heutigen Rassenhygiene. Würzburger Abh. a. d. Geb. d. prakt. Med. Bd. 20, S. 67.

264. Ufa - Lehrfilmarchiv, Kulturabt. der Universum-Film-A.-G., Berlin W. 9, Köthenerstr. 43 (vgl. auch Film und Wissen, herausgegeb. von Prof. Dr. W. Spatz). (S. 71*.)

265. *Uhlmann, Fr.*, Über Acetaminophenoläther, ein neues Hypnotikum. Schweizer med. Wschr. Nr. 9.

266. *Valkenburg, C. T.*, Individualität und Wahn. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 64 (II, 1), S. 762.

267. *Thoden van Velzen, S. K.*, Psychoenzephale Studien. 5. verm. Aufl. Verlag Velzen, Joachimsthal i. d. M. (S. 69*.)

268. *Verbücheln, Clara*, Zusammenhang von Gehirn- und Genitalerkrankungen bei weiblichen Geisteskranken. Inaug.-Diss. München.

269. *Verzár, F.* (Debreczen), Reflexumkehr (paradoxe Reflexe) durch Ermüdung und Schock. Pflügers Archiv Bd. 183.

270. *Weichbrodt, R.* (Frankfurt a. M.), Rekurrensinfektion bei Psychosen und experimentelle Untersuchungen über Rekurrensspirochäten. Deutsche med. Wschr. Nr. 25, S. 678.

271. *Derselbe*, Der Dichter Lenz. Eine Pathographie. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 1, S. 153. (Vgl. *Mayer, Wilh.*, Zum Problem des Dichters Lenz. Gl. Ztschr. Bd. 62, H. 3. S. 889.)

272. *v. Weihe, Heinrich*, Aus dem Irrgarten menschlichen Wahnes. Der moderne Aberglauben im Lichte der Vernunft. Hannover, Ermrich. 93 S.



273. *Weil, Arthur* (Halle a. S.), Der Einfluß der chemischen Zusammensetzung aus dem Wassergehalt des Gehirns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 49.

274. *Wells, F. W.*, and *Kelley, C. M.* (Waverley, Mass.), Intelligence and psychosis. The Amer. journ. of insan. vol. 77, nr. 1, p. 17.

275. *Westphal, A.* (Bonn), Über Pupillenphänomene bei Katatonie, Hysterie und myoklonischen Symptomenkomplexen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 4, S. 187. (S. 65*.)

276. *Derselbe*, Über ein bei Katzen beobachtetes Pupillenphänomen. Neurol. Zentralbl. Nr. 5. (S. 64*.)

277. *Wetzel, Albrecht* (Heidelberg), Akute Psychosen und Jahreszeit. Vortrag, Jahresvers. d. D. V. f. Psych., Hamburg-Friedrichsberg, Mai 1920. Bericht: Neurol. Zentralbl. Nr. 22, S. 742.

278. *Weygandt, W.* (Hamburg), Turmschädel und Geistesstörung. Sitzungsbericht v. 15. Juni 1920. Deutsche med. Wschr. S. 1130.

279. *Derselbe*, Erkennung der Geistestörungen. Mit einem serologisch-diagnostischen Teil von *V. Kafka*. Lehmanns med. Lehrbücher Bd. 1. München, J. F. Lehmann. 251 S. 34 M. (S. 66*.)

280. *Wilmanns, Karl* (Heidelberg), Über die Zunahme des Ausbruches geistiger Störungen in den Frühjahrs- und Sommermonaten. Münch. med. Wschr. Nr. 7, S. 175. (S. 65.)

281. *Winter, G.* (Königsberg i. Pr.), Die Indikationen zur künstlichen Sterilisierung der Frau. Wien, Urban & Schwarzenberg. 8 M.

282. *Derselbe*, Die künstliche Sterilisierung der Frau. Deutsche med. Wschr. Nr. 1, S. 1.

283. *Zanon dal Bò, Luigi* (Treviso), Guerra e malattie mentali. Appunti. Archivio generale di neuroglia e psich. vol. 1, fasc. 1, p. 253.

284. *Zeiß, Heinz*, Rekurrens und Nervensystem. Eine klinisch-epidemiologische Ergänzung zu der Arbeit von *Plaut* und *Steiner* (gl. Ztschr. Bd. 53). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 250.

285. *Ziegler, H. E.* (Stuttgart), Wilhelm Schallmeyer †. Deutsche med. Wschr. Nr. 3, S. 78.

Hoffmann (109) Es handelt sich um die Hemmung der willkürlichen Innervation durch einen schwachen Reiz. Die Hemmung wird an Kurven veranschaulicht.

Hansen und *Hoffmann* (94) haben festgestellt, daß die willkürliche Fixation einer Gelenkstellung wesentlich unterstützt wird durch die Sehnenreflexe. Sie konnten das Auftreten von Sehnenreflexen bei Bewegungen, wie sie im normalen Leben vorkommen, nachweisen.

Galant (74). Der Carabus auratus zeigte nach dem Köpfen einen Kratzreflex, den *Galant* in Beziehung setzt mit dem von ihm entdeckten Rückgratreflex des Menschen.

Westphal, A. (276). Zornige Affekte und schmerzhafte Reize rufen bei der



Katze eine Erweiterung der Pupille hervor, die sofort in Lichtstarre übergeht. Er nimmt eine Hemmung des Sphinktertonus an.

Westphal (275) bestätigt die Beobachtung *Meyers*, daß in manchen Fällen von Dementia praecox die Pupillen bei Druck auf die Iliakalpunkte sich erweitern und dann keine oder geringe Lichtreaktion zeigen.

Klieneberger (138) berichtet über eine Psychose bei einem echten Diabetes, die er als eine symptomatische Psychose auffaßt, und die durch das Vorherrschen von bestimmten einförmigen und vereinzelt bleibenden Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, durch ständigen Wechsel von psychotischen und relativ normal erscheinenden Zeiten und durch gute Erinnerung und Krankheitseinsicht nach dem Abklingen der Psychose charakterisiert war.

Künzel (167). Interessante Wiedergabe der Krankengeschichte eines an einer, der Dementia praecox zugerechneten Geistesstörung erkrankten futuristischen Künstlers. Schlüsse von der Geisteskrankheit auf die Kunst werden nicht gezogen.

Sernau (234) berichtet über Gehirnerkrankungen (Geschwülste, eine Verletzung durch Geschoß und über eine multiple Sklerose), bei denen Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen eine Lokaldiagnose auf eine Erkrankung des Parietalhirnes gestatteten.

Pick (204). Bei einem an organischen Veränderungen des Gehirns erkrankten Manne, bei dem infolge besonderer Augenmuskelstörungen Doppelbilder auftreten, kam es zu ganz eigenartigen Gesichtstäuschungen: Wechsel zwischen figürlichem und flächenhaftem Sehen, Bewegungen der Visionen, Bewegungen der Objekte, Stellungsänderungen der eigenen Person. Sie werden durch Beeinflussung des nervösen Bewegungsapparates der Augen durch zerebellare und vestibuläre Einflüsse erklärt. Trotz der Doppelbilder trat keine Verdoppelung der Visionen auf.

Wilmanns (280). Besprechung der in seiner Klinik aufgestellten Statistik über die Jahresschwankungen der Aufnahmen. Langsamer Anstieg der Kurve von Januar bis zum Juni, schroffer Abfall im September, kleiner Nebengipfel im November und Dezember. Die Häufung des Ausbruches geistiger Störungen in den Frühjahrs- und Sommermonaten ist vielleicht auf die stürmischen Äußerungen der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins zurückzuführen. Vielleicht bestehen Beziehungen zwischen einer periodisch stärker auftretenden geschlechtlichen Erregbarkeit, einer latenten Brunstzeit des Menschen und Störungen der inneren Sekretion.

Werner H. Becker (16 u. 15) macht auf das wellenförmige oder anfallsweise Auftreten vieler körperlicher und geistiger Erkrankungen aufmerksam und (15) berichtet zusammenfassend über die Wirkungen des Krieges auf die Anstalten, auf Verlauf und Inhalt der Psychosen und auf die körperlichen Erkrankungen der Geistesgestörten.

Groß (88). Überblick über die lokalen und allgemeinen Veränderungen, die der Krieg und die Revolution im Irrenwesen gebracht haben und bringen werden.

Kluth (142) zeigt an Tabellen, daß in Nürnberg die Aufnahme der Hysteriker und Psychopathen stark zugenommen und die der Alkoholiker und Epileptiker stark abgenommen haben.



Dehio (47) hat nach einer besonderen Methodik die Gewichtsverhältnisse der in Colditz untergebrachten Kranken errechnet und ihren Ablauf während der Jahre 1915—1919 in Form von Tabellen und Kurven dargestellt. Über 50 % hatte Colditz an Todesfällen zu verzeichnen.

Liebers (176) gibt eine ähnliche Übersicht über die Anstalt Dösen.

Klose (140). Nach einer ausführlichen Stellungnahme zu der bisherigen Literatur über die Gehirne hervorragender Persönlichkeiten beschreibt *Klose* das Gehirn des Pianisten Goswin Sökeland, der nach 6jähriger Erkrankung an Katatonie an einer Lungentuberkulose starb. Es waren besonders ausgebildet der Gyrus tempor. sup. (Planum temporale und Flechsigsche Hörwindung), das mittlere Drittel der Zentralwindungen und der Gyrus supramarginalis. Doch verallgemeinert *Klose* seine und ähnliche Befunde aus der Literatur nicht dahin, daß er in ihnen schlechtweg typische Kennzeichen eines Musikergehirns sieht.

Friedländer (70) schildert in einer unter dem Einfluß des Zusammenbruches Deutschlands verfaßten Abhandlung, was alles auf sozialem und medizinischem Gebiete geschehen kann und muß, um unser Vaterland geistig und körperlich wieder erstarken zu lassen.

Bohn's (28) Schrift von der Selbstheilung der kranken Seele durch Erkenntnis und Vertiefung ist ernst und gut gemeint, die Befolgung seiner Lehren hat aber zur Voraussetzung, daß eine gewisse Seelengemeinschaft mit der Denkweise des Verfassers, wenn auch zunächst nur im Unterbewußtsein, besteht. Die Schrift hat keine allgemeine Gültigkeit für die Behandlung der Nervösen, wo aber die gemeinsamen Berührungspunkte vorhanden sind, da kann sie sicher auch recht gute Dienste tun.

Stengel (251) gibt zunächst einen historischen Überblick über die Stellung der einzelnen Verfasser zu dieser Frage im allgemeinen und bespricht dann die psychischen Krankheitsfälle im besonderen, wiederum unter Kennzeichnung der Stellung der einzelnen Verfasser. Sein eigener Standpunkt wird von dem Verantwortungsgefühl des Arztes bestimmt.

Hauptmann (Freiburg) (97) hat die Versuche *Sagels*, durch Kutanimpfung mit Rinderserum bei Dementia praecox eine diagnostisch verwertbare Hautreaktion zu erhalten, fortgesetzt. Er lehnt diese Versuche ab, will sie aber mit spezifischeren Eiweißsubstanzen fortsetzen.

Jacobi (114) hat nach intravenöser Injektion von *Ringer*scher Lösung bei Dementia praecox das Auftreten von Fieber festgestellt. Er führt dies darauf zurück, daß sich im Kreislauf dieser Kranken Stoffe befinden, die durch das Natrium geschädigt werden und deren Abbauprodukte die temperaturregulierenden Zentren reizen sollen.

Juliusburger (124) empfiehlt Dial-Ciba und Dialacetin.

Berliu (18) empfiehlt das Nirvanol; auch bei Epilepsie.

Weygandts (279) Lehrbuch der Erkennung der Geistesstörungen ist eine Neuerscheinung, wie sie in dieser Form noch nicht vorliegt und für die Zukunft kaum wieder entbehrt werden kann. Denn es bringt in ausführlicher Form alles, was bei der Beurteilung des geistigen Geschehens und der gesamten Persönlichkeit



des geistigen und körperlichen Zustandes beachtet werden muß. Dabei wird sehr angenehm die Mitte gehalten zwischen kompendienhafter Kürze und handbuchmäßiger Darstellung. Das Buch ist aber vor allen Dingen deshalb so wertvoll, weil es durch eine Fülle von Abbildungen, die z. T. farbig gehalten sind, alle Symptome und Untersuchungsmethoden veranschaulicht. Ein besonderes Kapitel ist der Serologie gewidmet und von *Kafka*, einem der ersten Forscher dieses Sondergebietes, bearbeitet.

Pilczs (205) Lehrbuch ist in 5. Auflage erschienen und kann die Kriegserfahrungen berücksichtigen. Diese haben allerdings nicht umgestaltend, aber doch in mancher Beziehung verändernd auf einzelne Anschauungen gewirkt, und diese Veränderungen kommen überall zum Ausdruck. Das Lehrbuch ist kurz gefaßt und ganz auf praktische Zwecke zugeschnitten. Auch die neue Auflage rechtfertigt den guten Ruf, so daß man seine Verbreitung auch in Deutschland unter den Studierenden und Ärzten nur wünschen kann.

Jaspers (119). Die allgemeine Psychopathologie erscheint in zweiter Auflage. Sie ist gegenüber der ersten, die 1913 erschienen war, soweit verändert, daß der Verfasser nur diese zweite noch als den Ausdruck seiner Ansichten gelten lassen will. Das Werk besteht in einer so umfassenden Beschreibung psychopathologischer Symptome, daß es nicht nur zum Studium der Psychopathologie dienen, sondern die Grundlage für weitere Forschung bilden wird und über das, was im allgemeinen dem Studierenden im Unterricht geboten wird, weit hinausgeht.

Birnbaums (25) Selbstkenntnisse und Fremdzeugnisse aus dem seelischen Grenzlande ist eine wesentliche Bereicherung der psychiatrischen Literatur. Es ist eine außerordentlich reichhaltige Sammlung von Aussprüchen krankhafter, psychopathischer, sensitiver oder irgendwie über das gewöhnliche Durchschnittsmaß herausragender Persönlichkeiten, entweder von ihnen selbst berichtet oder von sicheren Gewährspersonen wiedergegeben, die zeigen, welche engen Verbindungen oft bestehen zwischen Handeln, Denken und Empfinden der Menschen und seelisch abnormen Zuständen, auch wenn sie noch nicht dem Krankhaften zugerechnet werden müssen. Die Aussprüche sind nach psychopathologischen Gesichtspunkten geordnet, z. B. Sinnestruggebilde, traumhaftes und delirantes Erleben, Wahngeschehen, und stehen durch erläuternde Zwischenbemerkungen miteinander in Verbindung.

Flechsig (63). Dieser erste Band einer Anatomie des menschlichen Gehirns und Rückenmarkes auf myelogenetischer Grundlage zeigt in allgemeiner Übersicht den Ablauf der Markbildung im Gehirn. Von 25 Föten und Kindergehirnen sind ausgezeichnet klare Abbildungen in meist natürlicher Größe wiedergegeben, die beweisen, welche Bedeutung die Myelogenese als Forschungsmethode hat. Es wird die Gliederung der Großhirnwindungen geschildert.

Brauns (33) Schrift „Herz und Psyche" muß sehr dankbar begrüßt werden, denn es ist in ihr ein Grenzgebiet zwischen Psychiatrie und innerer Medizin bearbeitet, das bis jetzt noch nicht seiner enormen Bedeutung entsprechend bearbeitet war. Es ist aber vielleicht der Ausdruck „Psyche" etwas zu weit gefaßt, denn



es wird in erster Linie die Angst behandelt. Sie wird als eine spezifische Empfindung des Herzens, als der spezifische Sinn des Herzens bezeichnet.

Kronfeld (164). Eine Philosophie der Psychologie mit dem Zwecke, psychiatrisch-psychologisches Denken zum Range wirklicher Wissenschaft zu erheben. Das Buch ist so vollkommen auf philosophischen Gedankengängen aufgebaut, daß es dem Denken der Masse der praktischen Psychiater fern liegt, nur einem kleinen Kreise zugänglich sein wird.

Kahn (128) führt die Begriffe des Anlagetypus und des Erscheinungstypus in die psychiatrische Forschung ein und zeigt an der Besprechung mehrerer Fälle, wie die Symptomatik eigenartig verlaufender Psychosen durch die Erforschung des Anlagetypus dem Verständnis näher gebracht werden kann.

Hildebrandt (103). Besprechung der Begriffe organisch, funktionell, endogen, exogen, psychogen und ihre Anwendung bei einer Einteilung der Psychosen. Die sehr gedankenreiche Arbeit eignet sich nicht für ein kurzes Referat und muß im Original nachgelesen werden.

Bauer (11). Klarer Überblick über die noch stark im Fluß befindlichen sich vielfach widersprechenden und für den Fernstehenden wenig übersichtlichen Anschauungen. Er läßt die „individuelle Körperverfassung" sich zusammensetzen aus der Konstitution, d. h. Merkmalen, die im Keimplasma übertragen werden, und aus der Kondition, d. h. Merkmalen, die erst im Laufe des intrauterinen und extrauterinen Lebens infolge äußerer Beeinflussungen und Anpassungen des Organismus zustandekommen.

Müllers (196) Rektorat-Antrittsrede würdigt die Individualität und die Persönlichkeit. Sie geht aus von den sozialen Umwälzungen, deutet an, welche seelischen Grundlagen bei der Entstehung und dem Verlauf dieser Krise bestimmend gewesen sind, und wie die neue Ordnung der Dinge auch an die Universitäten mit Anforderungen herangetreten ist. Diese Anforderungen sind hinzugekommen zu einer Bewegung, die innerhalb der Hochschulen sich von selbst seit Jahren entwickelt hat, nämlich von der Einzelforschung wieder zu den Fragen überzugehen, die der Zusammenfassung der einzelnen Gebiete wieder mehr Rechnung tragen. Er bespricht die Konstitutionslehre, kann sich aber mit den herrschenden Anschauungen nicht zufrieden geben, weil sie für die Praxis noch zu sehr theoretische Begriffe darstellen.

Mollweide (194), ausgehend von Anschauungen *Griesingers* und *Hoches*, versucht ein in der Organisation des Zentralnervensystems erkennbares Prinzip, die Gliederung in einen motorischen und sensiblen Teil, auch in dem krankhaften psychischen Geschehen wiederzufinden und dies auf zwei Grundmechanismen, eine psychomotorische und eine psychosensorische Elementarfunktion, zurückzuführen. Er hat hierbei in erster Linie den immer wiederkehrenden auch bei der Paralyse, der Dementia praecox, den toxischen und infektiösen Zuständen sich findenden manischen und depressiven Symptomenkomplex im Auge.

James Lewin (173). Die bisherige psychologische Forschungsrichtung ist zu sehr an den elementaren Vorgängen des Seelenlebens hängen geblieben und kommt deshalb nicht an den eigentlichen Charakter des Seelenlebens heran; denn es be-

rücksichtigt nicht die Individualstruktur des Bewußtseins, die sich aus der Allgemeinstruktur, den individuellen Tendenzen und den vergangenen, in der Entwicklung und Erfahrung durchgemachten Erlebnisreihen herausgebildet hat. Auch ist die Flüchtigkeit und Flüssigkeit alles seelischen Geschehens, die ständig wechselnden Tendenzen und Stellungnahme des einzelnen zu wenig berücksichtigt. Die Psychopathologie muß sich unabhängig machen von der psychiatrischen Symptomatik. Ohne Rücksicht auf klinische und symptomatologische Gesichtspunkte muß versucht werden, die psychologische Struktur des krankhaften seelischen Geschehens zu entwickeln.

Sommer (238 u. 239). Naturwissenschaftlich-philosophischer Überblick über die Anschauungen, in denen zu diesem Problem in den Geisteswissenschaften Stellung genommen ist und dessen Größe und Schwierigkeiten erst mit der Entwicklung der exakten Naturwissenschaft offenbar wurden. Es wird vom Standpunkt des Materialismus, der Parallelismustheorie und der Wechselwirkungstheorie aus besprochen.

Möller (192). Ganz kurze Übersicht über die Geschichte der Geisteskrankheiten. Sie bringt das Wesentlichste und kann dem Laien empfohlen werden.

Sadger (224). Ein Versuch, den Lebenslauf und die Werke Hebbels aus seiner Persönlichkeit zu erklären. Da die seelischen Grundlagen einer Persönlichkeit in der Kindheit und in den Jahren des Werdens gegeben werden, ist der Kindheit, der Knabenzeit, den Jünglings- und Wanderjahren ein verhältnismäßig großer Abschnitt eingeräumt. Es ist ein gründliches Buch; der Persönlichkeit Hebbels wird bis in alle Charakterzüge nachgegangen; Vorzüge und Schwächen werden gleichmäßig behandelt und ihre Bedeutung und Entstehung werden psychoanalytisch zu erklären versucht.

*Binding*s und *Hoche*s Schrift (22) über die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens ist eine kühne Tat, zu der sich nur jemand mit hoher sittlicher Denkungsweise und hohem Verantwortungsgefühl verstehen kann. Was gar mancher im geheimen gedacht und gewünscht hat, ist hier zum ersten Male offen ausgesprochen mit der bewußten Absicht, diese Frage zur Aufrollung zu bringen. Doch dürfte an einer so eng mit dem Gefühlsleben verbundenen Anschauung so leicht nicht gerüttelt werden können.

Adamkiewicz (1) wendet sich gegen die Entwicklungs- und Abstammungslehre und sieht in der Eigenkraft des Protoplasmas den Grund für alles Lebende.

S. K. Thoden van Velzen (267). Dritter Teil der physiologisch-psychologischen Studien. Wenn philosophisches Denken wieder mehr dem medizinischen Denken sich zugesellt, so dürfte dies des Verfassers psychoenzephalen Studien mit zu danken sein. Auch der neue Teil ist gedankenreich und regt sehr zum weiteren Nachdenken an.

*Placzek*s (206) Freundschaft und Sexualität erscheint schon wieder in einer neuen Auflage. Sie ist gegen die letzte nur ganz unwesentlich abgeändert. Es liegt vielleicht im Geiste der Zeit, daß die einzelnen Auflagen so schnell vergriffen werden. Aber bei diesem Buch tut dieser Geist einmal ein gutes Werk, denn er bringt eine Schrift in die Öffentlichkeit, die bei der Gründlichkeit und Ernsthaftig-



keit, mit der den Beziehungen zwischen den beiden Trieben nachgegangen wird, diese Verbreitung auch verdient.

Freimark (66). Schilderung der Entwicklung der Revolution aus den Stimmungen der Massen heraus, wie sie Jahrzehnte lang schon bestanden, sich auch auf die Kunst und die Literatur erstreckten, und wie sie im Kriege, sich gegenseitig beeinflussend, immer mehr die zur Explosion führenden Formen annahmen. In dem Kapitel über die Führer findet man wertvolle Charakteristiken der Revolutionshelden.

von Hentig (101). Ein interessanter Versuch, die sozialen Krisen mit atmosphärischen und tellurischen Störungen und Umwälzungen und mit allgemeinen, im Menschen- und Tierreich sich zeigenden biologischen Zustandsänderungen und Einflüssen in Beziehung zu bringen. Mit einer großen Fülle von Tatsachen aus dem Bereich der gesamten Menschheitsgeschichte wartet *Hentig* auf, und man sieht die Menschheit weniger als die Herrin der Natur, die aus eigenen Entschlüssen ihre Geschicke selbst bestimmt, sondern nur als einen winzigen Teil des Kosmos, einen Spielball der Herrin Natur.

Dück (51). Charakterisierung der Entwicklungsjahre und der Einfluß von Elternhaus und Schule auf die Erziehung und das geistige Reifwerden der Jugendlichen. Der ausgezeichnete Aufsatz ist an ungünstiger Stelle erschienen; hier wird er denen, die von ihm Nutzen ziehen könnten, weniger zu Gesicht kommen.

Lomer (177) Eine Zusammenstellung von Träumen, eigener und fremder Personen, die symbolisch Ereignisse aus naher oder ferner Zukunft angedeutet haben sollen.

Kollarits (147) betont, welche Erleichterung es bei der Erinnerung von Namen, Worten und Zahlen schafft, wenn man sich diese bildlich vorstellt entweder in der Form des entsprechenden Bildes oder eines besonders geschaffenen.

Hauptmann (98) sieht bei dem Gähnen nicht in der tiefen Inspiration das Wesentliche, sondern in dem Recken, weil mit ihm dem Erschlaffungszustande der Muskulatur entgegengewirkt werden soll.

Stieflers (255) Erfahrungen und Vorschläge gründen sich auf seine Erfahrungen in der österreichischen Armee. Er betont besonders die Notwendigkeit der Verbindung von neurologischer und psychiatrischer Tätigkeit.

Reichardt (214). Stellungnahme zu dem Protokoll der Versammlung der Lehrer der gerichtlichen und sozialen Medizin und Verwerfung des Vorschlages, gerichtliche und Versicherungsmedizin von einem Dozenten lehren zu lassen.

Bumke-Breslau (42) wendet sich energisch gegen die Errichtung medizinischer Fachschulen, wie sie jetzt die Akademie in Düsseldorf geworden ist.

Aigners (3) Monatsschrift „Die Wünschelrute" erscheint im 9. Jahrgang. Die Zeitschrift dient der Erörterung aller praktischen und theoretischen Fragen, die sich mit diesem okkulten Gebiet beschäftigen. In der vorliegenden Nummer behandelt *Aigner* selbst den gegenwärtigen Stand der Wünschelrutenfrage. Weitere Artikel behandeln die Möglichkeit der physiologischen-biologischen Vorgänge zur Erdradioaktivität, die Ergebnisse des Wassersuchens mit der Wünschelrute in Südwestafrika und im Orient und die Literatur der letzten Jahre.



Die Zeitschrift (60) „Film und Wissen" ist neu gegründet, um als Sammelpunkt für die Reformbestrebungen im Film zu dienen. In der vorliegenden Nummer findet sich eine Abhandlung über den Lehrfilm in der Irren- und Nervenheilkunde.

Aus dem Inhaltsverzeichnis des Ufa-Lehrfilmarchivs (264) ist hervorzuheben: VI. Medizin. 6. Neurologie und Psychiatrie: Patienten-Aufnahmen des Neurologischen Instituts-Hospital Buch (Dr. *Maas*), Nervenklinik der Charité (Prof. *Bonhoeffer*). — Das Nervensystem und der Krieg. Neunzehn neuro-biologische Patientenaufnahmen des Kaiser-Friedrich-Hauses. — Neunundsechzig Patientenaufnahmen der Psychiatrischen Klinik (Prof. *Kraepelin*) München.

Erben (54). Auszug aus seinem Lehrbuch über die Diagnose von Simulation nervöser Störungen.

Giese (76). Ausführliche Wiedergabe der Untersuchungsmethoden, die die wesentlichsten Teilfunktionen der praktischen Intelligenz und ihren Gebrauch bei jeder Art der Persönlichkeit berücksichtigen.

Jaensch, Walter (118). Das Auftreten von Anschauungsbildern und das längere Bestehen von Nachbildern gehört zu den Merkmalen des tetanoiden und spasmophilen Symptomenkomplexes.

Birnbaum (24) knüpft an die Frage *Kraepelin*s an, wie man in der Erforschung der psychischen Krankheitsformen weiterkomme, und meint, daß an die Forschungsmethode *Kraepelin*s, ein Gesamtbild zu erfassen, sich jetzt eine Strukturanalyse anschließen müsse, die die innere Konstruktion, den inneren Aufbau festzustellen suchen müsse.

Runge (222). Es kommt eine Beschleunigung der Sedimentierung vor bei der Paralyse, der Tabes, Lues cerebri, Arteriosklerose, entzündlichen Vorgängen im Gehirn und anderen Körpergegenden und auch bei einem erheblichen Prozentsatze von Fällen der Dementia praecox-Gruppe.

Löwenstein (180 u. 181) konnte nachweisen, daß bei stuporösen Kranken, bei denen keinerlei Anzeichen dafür bestanden, daß in ihnen spontan irgendwelche geistigen Prozesse lebendig waren, durch psychische Reize suggestiver Art Bewußtseinsveränderungen ausgelöst wurden, die sich durch Änderungen in der Puls- und Atemkurve und durch feinste Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten kundgaben. Bei hyperkinetischen Zuständen kam es zu Abänderungen der bestehenden Bewegungsvorgänge. *Löwenstein* (181) hat diese Untersuchungsmethode auch zur Unterscheidung der organischen von der psychogenen Schwerhörigkeit und Taubheit verwandt.

Fischer (62) bespricht unter Schilderung der Klärung, die das Tierexperiment in den Beziehungen zwischen dem Nebennierensystem und den Krampfanfällen bereits gebracht hat, die Bedeutung, die das Tierexperiment auch für die Psychiatrie gewinnen kann.

Dück (49 u. 50) hat eine starke Abnahme der Sexualvergehen während des Krieges festgestellt. Die Gründe hierfür sieht er in der Einschränkung des Alkoholmißbrauchs, in dem allgemeinen Männermangel und in der Nahrungseinschränkung, namentlich dem Mangel an Eiweißstoffen. Nach Beendigung des Krieges setzte eine starke Zunahme der Ehescheidungen ein, während die Zahl der unehelichen

Kinder sehr abgenommen hat. In der zweiten Schrift zeigt *Dück* (50), daß auch die anonyme Schreiberei im Kriege zugenommen hat; daß sie von den sogenannten gebildeten Ständen im Verhältnis zu den niederen Kreisen stärker betrieben wird, und welche Rolle ganz allgemein der sexuelle Faktor bei ihr spielt.

Hoche (107). Sein Schlußsatz lautet: Wir kennen Voraussetzungen, Bedingungen, mitwirkende Ursachen, auslösende Momente, aber fast gar keine Ursachen der geistigen Erkrankungen.

Bickel (19 u. 21). Die Bedingungen der Wahnbildung erblickt er in der Tätigkeit der Phantasie und in dem Versagen der Urteilsfähigkeit, wodurch die Phantasiegebilde subjektiven Wirklichkeitswert gewinnen sollen, und er unterscheidet affektive und intellektuelle Wahnideen, während er die Entstehung von Wahnvorstellungen aus Wahrnehmungen oder Sinnestäuschungen ohne gleichzeitige Störung des Vorstellungs- oder Gefühlslebens leugnet. Die Trugwahrnehmungen entstehen kortikal auf Grund einer gesteigerten Erregung oder Erregbarkeit der Sinneszentren und werden von Faktoren ausgelöst, die zum Teil ganz normale Vorgänge im Nervensystem sind, und zwar auf intellektuellem, affektivem oder sensoriellem Wege oder durch Impulse aus dem Bereiche des Unterbewußtseins.

Schlesinger (227) beschreibt als Nervenschädigungen qualitativ und quantitativ ungenügender Ernährung Beri-Beri, Polyneuritis, funikuläre Myelitis, eine besondere Form der Tetanie in Verbindung mit Osteomalacie, symptomatische Ischialgien bei Coxitiden und andern Neuralgien.

Klieneberger (139) berichtet über eine durch Verführung bedingte Homosexualität.

4. Neurosen.

Ref.: Hans Laehr-Wernigerode.

1. *Adler*, *Alfred*, Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie. 2. vermehrte Aufl. Wiesbaden, Bergmann. 197 S. 14 M.
2. *Alexander* u. *Kroner*, Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten. 2. Aufl. Berlin, Fischer. 183 S. 10 M.
3. *Alford*, *L. B.*, A consideration of the nature of aurae. Arch. of Neurol. and Psych. vol. 3, nr. 2.
4. *Alikhan*, *M.* (Genf), L'épilepsie et l'anosmie héréditaire. Schweizer med. Wschr. S. 211. (S. 89*.)
5. *Allers*, *Rud.* (München), Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung (Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 281. (Vgl. *Kerschmann*, Bemerkungen zu ob. Arbeit Bd. 66, S. 346.) (S. 84*.)



Anton, *G.* (Halle), Das Kopf-Röntgenbild bei sog. genuiner Epilepsie. Bedeutung des vergrößerten Kleinhirnprofils. Jb. f. Kinderheilk. Bd. 93, S. 69. (S. 88*.)

Ashe, *J. S.*, Ovarian insufficiency as a probable cause of epilepsy. Dublin j. of med. sc. vol. 4, nr. 3.

Asker, *Leon* (Bern), Der gegenwärtige Stand der Lehre von der inneren Sekretion. Deutsche med. Wschr. S. 1028.

Auerbach, *Siegmund* (Frankfurt a. M.), Die spastischen Lähmungen und das Gesetz der Lähmungstypen. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 63. (S. 91*.)

Bab, *Hans*, Neueres und Kritisches über die Beziehungen der inneren Sekretion zur Sexualität und Psyche. Jahreskurse f. ärztl. Fortb. Bd. 11, S. 3.

Barrett, *Albert M.* (Ann Arbor, Mich.), Psychosis associated with Tetany. Amer. journ. of insan. vol. 16, p. 373. (S. 91*.)

Derselbe, Hereditary occurrence of hypothyroidism with dystrophies of the nails and hair. Arch. of neurol. and psych. vol. 2, p. 628. (S. 92*.)

Bauer, *Jul.*, u. *Aschner*, *B.* (Wien), Die Pathogenese des Diabetes insip. Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 1, H. 2.

Baumm, *Hans* (Königsberg), Zur Frage der Anstaltsbehandlung der sog. Kriegsneurotiker. Neurol. Zentralbl. Nr. 19 (S. 85*.)

Bergmann, *Wilh.*, Die Seelenleiden der Nervösen. Eine Studie zur ethischen Beurteilung und zur Behandlung kranker Seelen. Freiburg i. B., Herder. 240 S. 11,50 M. (S. 85*.)

Binswanger, *L.* (Kreuzlingen), Das Hysterieproblem im Lichte der Kriegserfahrungen. Schweizer med. Wschr. Nr. 33. (S. 83*.)

Bisgard, *A.*, u. *Nørwig*, *J.*, Weitere Untersuchungen über die Neutralitätsreaktion bei genuiner Epilepsie. Hospitalstitende Nr. 4.

Böttcher, *W.* (Leipzig), Ein Fall von Mycetismus durch Amanita phalloides als auslösendes Moment epileptischer Anfälle. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, S. 166. (S. 89*.)

Böttner, *A.* (Königsberg), Ein Fall von atypischer Muskeldystrophie. Deutsche med. Wschr. (S. 91*.)

Bouman, Hirnveränderungen bei Tetanus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 301. (S. 91*.)

1. *Bratz* (Dalldorf), Das Ammonshorn bei Epileptikern, Paralytikern, Senildementen und andren Hirnkranken. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 56. (S. 87*.)

2. *Braune*, Das Trional in der Behandlung der Epilepsie. Ther. Monatsh. Nr. 3.

3. *Bredauer*, *Carl*, Pathologische Befunde bei Verschüttung im Kriege. Dissert. München.

24. *Briggs*, *L. Vernon* (Boston), War neuroses. Environment and events of the causes. Amer. journ. of insan. vol. 76, p. 287.
25. *Brühl*, *Franz* (Kiedrich), Luminal und Epilepsie. Münch. med. Wschr. S. 990. (S. 90*.)
26. *Bull* (Christiania), Claudicatio hysterica. Norsk. mag. for laegevidensk. Bd. 81, H. 9.
27. *Carruthers*, Instinct and hysteria. Brit. med. journ. p. 792. (S. 83*.)
28. *Cheinisse*, *L.*, Traitement de l'épilepsie par la phényléthylmalonylurée (Luminal). Presse méd. p. 592. (S. 90*.)
29. *Christoffel*, H. (Zürich), Der Gedankengang in epileptischen Ausnahmezuständen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 160. (S. 88*.)
29a. *Derselbe*, Epileptische Ausnahmezustände und epileptische Verblödung. Vereinsbericht. Neurol. Zentralbl. S. 176.
30. *Clark*, *Sam. N.* (Chicago), Report of case with symptoms of Dercum's disease and hysterical manifestations. Amer. journ. of insan. vol. 77, p. 114. (S. 85.)
31. *Cobb*, *St.*, Electromyographic studies of muscles during hysterical contraction. Arch. of Neurol. and Psych. vol. 4, nr. 1.
32. *Conte*, Chorea minor. Rev. méd. de la Suisse rom. vol. 40, no. 4.
33. *Cordua*, *R.* (Rostock), Über die Umwandlung des Morb. Basedowii in Myxödem. Mitt. Grenzgeb. Bd. 32, S. 283.
34. *De Crinis*, Die Beteiligung der humoralen Lebensvorgänge des menschlichen Organismus am epileptischen Anfall. Berlin, J. Springer. 80 S. 26 M.
35. *Curschmann*, *Hans* (Rostock), Zur Frage der kongenitalen Anlage bei pluriglandulärer Insuffizienz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 264. (S. 92.)
36. *Densow*, *Fritz* (Jena), Über Reflexepilepsie, Vorträge. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. 21, S. 78.
37. *Döllken*, *Hans* (Leipzig), Zur Therapie und Pathologie der Abbaukrankheiten des Nervensystems. Heilwirkung von Proteinkörpern auf die Epilepsie. Berl. klin. Wschr. S. 893 u. 926. (S. 90*.)
38. *Dörlemann*, *Wilh.*, Zur Symptomatologie der Epilepsie bei Jugendlichen. Diss. Kiel.
39. *Donath*, *Jul.*, Vasomotorische Psychoneurose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, H. 1—2. (S. 86*.)
40. *Ebstein*, *Erich* (Leipzig), Über den pavor nocturnus (sog. Albdrücken) und sein familiäres Auftreten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 385. (S. 87*.)
41. *Erben*, *Siegmund* (Wien), Differentialdiagnostische Erörterungen über Schwindel. Wien. klin. Wochschr. Nr. 7. (S. 87*.)
42. *Finkenrath*, *Kurt*, Ein Beitrag zur Kriegshysterie auf Grund von Feld- und Heimatbeobachtungen. Diss. Marburg.



43. *Fischer*, *Heinrich* (Gießen), Ergebnisse zur Epilepsiefrage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 106. (S. 88*.)
44. *Fischer*, *L.* (Rostock), Klinische, psychopathologische und anatomische Beiträge zur Dystrophia myotonica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 254. (S. 91*.)
45. *Fließ*, *Wilh.* (Berlin), Zur Diagnose der Hypophysenschwäche. Med Klin. S. 778.
46. *Fränkel*, *F.* (Berlin), Über die psychopathische Konstitution bei Kriegsneurosen. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 287. (S. 84*.)
47. *Freud*, *Sigm.* (Wien), Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre aus den Jahren 1893—1906. 3 Aufl. Leipzig, Deutike. 229 S. 15 M.
48. *Friedländer* (Berlin), Die Epilepsie. Ihr Wesen und ihre moderne Behandlung. Berlin, Schweizer. 64 S. 1,80 M. (S. 90*.)
49. *Friedländer*, *A.* (Frankfurt a. M.), Behandlung epileptischer Anfälle (Luminal). Ther. Monatsh. Nr. 12.
50. *Galant*, *S.* (Bern), Crises clitoriennes-artige Erscheinungen bei einem 14j. Knaben. Neurol. Zentralbl. S. 539. (S. 87*.)
51. *Gatti*, *Stef.* (Treviso), Un caso di morbo di Paget seguito a trauma. Arch. gen. di Neur. e Ps. vol. 1, fasc. 1. (S. 92*.)
52. *Gentsch*, *A. R.*, Drei Fälle von hysterischem Mutismus. Diss. Leipzig.
53. *Gerstmann*, *Josef* (Wien), Zur Frage der Einwirkung psychischer Faktoren auf zerebrale Mechanismen und über den Begriff der „physiogenen Neurosen". Wien. klin. Wschr. S. 557 (S. 84*.)
54. *Gierlich*, *Nic.* (Wiesbaden), Paralysis agitans und Trauma. Med. Klin. S. 1054. (S. 91*.)
55. *Gley*, *E.*, Die Lehre von der inneren Sekretion. Übersetzt von *A. Lipschütz.* Bern, Bircher. 76 S. 20 M.
56. *Goldstein*, *L.* (Rom), Un caso di psicastenia grave, studiato col metodo psicoanalitico. Arch. gen. di Neur. e Ps. vol. 1, p. 233. (S. 87*.)
57. *Del Greco*, *F.* (Aquila), Il „Carattere" nelle astenie psichiche di guerra. Riv. It. di neur., psich. ed elett. vol. 13, fasc. 4. (S. 86*.)
58. *Grinker*, *Jul.* (Chicago), Experiences with Luminal in epilepsy. Journ. of the Amer. med. ass. vol. 75, p. 588. (S. 90*.)
59. *Großmann*, *Walter* (Berlin), Endokrine und psychische Mechanismen in der Ätiologie der Sexualinversion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 309. (S. 92*.)
60. *Hammerstein*, *Gertrud* (Breslau), Über einen Fall von Huntingtonscher Chorea, kompliziert durch Trauma. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 294. (S. 91*.)
61. *Hartung*, *Erich* (Pfafferode), 2 Fälle von Paramyoklonus multiplex mit Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 150. (S. 89*.)
62. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg i. B.), Ein Weg, das Wesen der „genuinen"



Epilepsie zu erforschen? Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, S. 1. (S. 89*.)

63. *Head, H.*, Observations on the elements of the psycho-neuroses. Brit. m. journ. 20. Nov.

64. *Held, William* (Chicago), Eine neue Serumbehandlung der Epilepsie. Berl. klin. Wschr. S. 130. (S. 90*.)

65. *Derselbe*, Die neue Serumtherapie der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. S. 594. (S. 90*.)

66. *Henke, Friedr.* (Breslau), Der jetzige Stand der Lehre vom Status thymico-lymphaticus und seine Beziehungen zu anderen Krankheiten. Deutsche med. Wschr. S. 1257.

67. *Henszelmann, Aladar*, Beiträge zur Kenntnis derHysterie. Orvosi hetilap no. 5.

68. *Hernando y Ortoga, Teofilo*, Algunas alteraciones intestinales de origen endocrino. Rev. de med. e chir. pract. vol. 76, p. 33 u. 65.

69. *Heveroch, A.* (Prag), Über Schreibkrampf und verwandte Störungen. Čas. česk. lék. vol. 59, p. 693.

70. *Heyder, Albr.*, Über die hyperplastische Form der Kriegshysterie. Diss. Jena.

71. *Hitzenberger, K.* (Wien), Über myotonische Dystrophie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 249. (S. 91*.)

72. *Hoffmann, R. A. E.*, Über die Behandlung der Kriegshysterie in den Badischen Nervenlazaretten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 114.

73. *Hübner, A. H.*, Suggestionsbehandlung von neurotischen Menstruationsstörungen und Genitalneurosen. Deutsche med. Wschr. Nr. 25. (S. 86*.)

74. *Hüssy, P.* (Basel), Die moderne Erklärung der Schwangerschaftstoxikosen. Schweiz. med. Wschr. Nr. 39. (S. 92*.)

75. *Husler, Josef* (München), Bemerkungen zur genuinen Epilepsie im Kindesalter. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 26, S. 239. (S. 89*.)

76. *Jacoby, Martin* (Berlin), Der jetzige Stand der Physiologie und Pathologie der Hypophyse. Deutsche med. Wschr. S. 742.

77. *Kamprad, J. E.*, Hysterie bei Soldaten. Diss. Kiel.

78. *Karlefors, John* (Stockholm), Über Hypophyse und Thyreoidea bei Krebskranken. Ztschr. f. Krebsforschung Bd. 17, S. 195.

79. *Kehrer, F.* (Breslau), Über funktionelle Störungen traumatisch geschädigter Extremitäten. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 65, S. 242. (S. 84*.)

80. *Kempner, Alfons* (Charlottenburg), Beitrag zur Unterscheidung organischer von psychogenen Radialislähmungen, zugleich eine Erwiderung auf *Wichmanns* „Traumatische Lähmung des Rad. prof. mit psychogener Sensibilitätstörung“ (vgl. Zentralbl. Nr. 17). — Bemerkung



zu vorstehender Erwiderung von *R. Wichmann*. Neurol. Zentralbl. S. 804 u. 809.

81. *Klewitz, Felix* (Königsberg), Der jetzige Stand der nichtoperativen Behandlung der Basedowschen Krankheit. Deutsche med. Wschr. S. 971.
82. *Klose, H.* (Frankfurt a. M.), Über Geistesstörungen bei Morbus Basedowii; ihre Bewertung, Prognose und chirurgische Behandlung. Med. Klin. S. 978. (S. 92*.)
83. *Könnecke, Walter* (Braunschweig), Friedreichsche Ataxie und Taubstummheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, S. 161.
84. *Kogerer, Heinr.* (Wien), Akute Ammonshornveränderungen bei Tod im Status epilepticus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 116. (S. 87*.)
85. *Kollarits, Jenö* (Budapest), Unterbrechungs- und Abbrechungsgefühle bei nervösen und nicht nervösen Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 255. (S. 86*.)
86. *Kook, Alfr.*, Über Chorea chron. progressiva. Diss. Göttingen.
87. *Krabbe, Knud H.* (Kopenhagen), Über früherworbene oder kongenitale Formen der pluriglandulären Insuffizienz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd, 55, S. 254. (S. 92*.)
88. *Kreß, H.* (Rostock), Die Epilepsiebehandlung mit Luminal. Therap. Halbmonatsh. S. 200. (S. 90*.)
89. *Derselbe*, Eine eigentümliche 17jährige Unfallgeschichte. Ein Beitrag zur besseren Erkenntnis der „Friedmannschen Kommotionsneurose". Ärztl. Sachv.-Ztg. S. 73.
90. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen), Die Willensapparate der Hysterischen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 54, S. 251. (S. 84*.)
91. *Krüger, Paul*, Beitrag zur Neurasthenie. (Betrachtungsweise nach *Th. Lipps*.) Diss. Leipzig.
92. *Kugler, Emil* (Gmunden), Die ätiologische Therapie der Neurose. Jb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, S. 298. (S. 82*.)
93. *Derselbe*, Ein System der Neurose. Verh. d. 32. Kongr. f. Innere Med. S. 117. (S. 82*.)
94. *Kummer, E.*, Épilepsie et radiothérapie. Rev. med. de la Suisse rom. no. 10.
95. *Lafora, Gonzalo R.* (Madrid), Histopathologische Studien über Paralysis agitans. Siglo med. p. 857.
96. *Lapinsky, M.* (Kiew), Zur Frage der Rolle des Rückenmarks bei epileptischen Krämpfen. Neurol. Zentralbl. S. 324.
97. *Lehner, Grete* (Wien), Über traumatisch bedingtes Stottern. Med. Klin. S. 1059.
98. *Lenk, Robert* (Wien), Röntgenbehandlung der Epilepsie, Nachprüfung derselben. Münch. med. Wschr. S. 715. (S. 90*.)
99. *Leschke, Erich* (Berlin), Wechselseitige Beziehungen der Drüsen und

innere Sekretion. Bd. 6 der Albuschen Samml. H. 6. Halle, Marhold. 48 S. 3 M.

100. *Lessing*, *Oscar*, Die Hysterie oder sog. psychogene Neurose. Berlin, Karger. 46 S. 3 M. (S. 84*.)

101. *Lewin*, *James* (Berlin), Das Hysterieproblem. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, S. 204. (S. 83*.)

102. *Lipschütz*, *Al.*, Die Pubertätsdrüse und ihre Wirkungen (für Biologen und Ärzte). Bern 1919, Bischer. 456 S. (S. 92*.)

103. *de Lisi* e *Foscarini*, Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive. Pesaro, Federici. 126 p.

104. *Löwenstein*, *Otto* (Bonn), Über den Krankheitswert des hysterischen Symptoms. Vortrag. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 22, S. 193.

105. *Löwy-Hattendorf*, *Erwin* (Steglitz), Krieg, Revolution und Unfallneurosen. Veröff. aus d. Gebiete d. Med.-Verwalt. Bd. 11, H. 4, 31 S. 3,20 M. (S. 85*.)

106. *Mackenzie*, A lecture of the soldiers heart- and war-neuroses. A study of symptomatology. Brit. med. journ., April.

107. *Mac Robert*, *R. G.* (New York), Fits and fallacies. Journ. of Amer. med. ass. vol. 74, p. 1000. (S. 89*.)

108. *Marburg*, *O.* (Wien), Neue Studien über die Zirbeldrüse. Arb. aus d. Wien. neurol. Institut Bd. 23, S. 1. (S. 92*.)

109. *Derselbe* u. *Ranzi* (Wien), Bioskopische Befunde bei Epileptikern. Arch. f. klin. Chir. Bd. 113, S. 169. (S. 87*.)

110. *Margulies*, *Max* (Hermsdorf), Dämmerzustände eines homosexuellen Neurotikers. Vierteljahrschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 60. S. 226. (S. 87*.)

111. *Marsh*, *Ch. A.*, A psychological theorie of the cause of epilepsy, with special reference to an abnormal muscular expression of a strong emotional drive. Amer. journ. of med. sc. vol. 49, no. 3.

112. *Mc Cartney*, Jodium biborate in the treatment of epilepsy in an asylum. Brit. med. journ. 9. Oct.

113. *Mayer*, *Edward E.* (Pittsburgh), The dual personality of C. A. M. The account of an amnestic fugue. Transactions of Sect. on Nerv. and Ment. Diseases of the Am. Med. Ass. 1919. (S. 86*.)

114. *Mayer*, *W.* (München), Psychiatrisch-neurologische Übersicht. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung Mai, S. 37.

115. *Mendel*, *Kurt* (Berlin), Familiäre peripherische Radialislähmung. Neurol. Zentralbl. Nr. 2. (S. 92*.)

116. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Psychogene Aphasie bei organischer Hemiplegie. Vortrag. Deutsche med. Wschr. S. 818.

117. *Derselbe*, Polyneuritis. Neurol. Zentralbl. Nr. 8. (S. 91*.)

118. *Moll*, *L.* (Wien), Die Maternitätsneurose. Vortrag. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 21, S. 168.



119. *Monrad-Krohn*, Hysterie im Kindesalter. Ugeskrift for Läger No. 1/2.

120. *Mosse*, *M.* (Berlin), Lymphatismus und innersekretorische Störungen. Berl. klin. Wschr. S. 971.

121. *Muck*, *O.* (Essen), Die seelische Ausschaltung des Gehör- und Schmerzsinnes bei Mensch und Tier (Granatexplosionsneurose und Katalepsie) als Parallelvorgänge im Lichte der Phylogenie betrachtet. Münch. med. Wschr. S. 503 (Siehe auch *Dorsch*, Zur Frage der Katalepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 45). (S. 85*.)

122. *Münzer*, *Arthur* (Berlin), Doppelseitige hysterische Amaurose. Berl. klin. Wschr. S. 1094. (S. 85*.)

123. *Myers*, *Ch. S.*, Treatment of a case of narcolepsy. Lancet vol. 198, p. 491. (S. 90*.)

124. *Neutra*, *Wilh.* (Wien-Baden), Seelenmechanik und Hysterie (Psychodystaxie), Vorls. über allgem. u. med. angewandte Lustenergetik (Psychosynthese). Leipzig, Vogel. 521 S. 34 M. (S. 83*.)

125. *Nourney*, *Herm.*, Beitrag zum Symptomkomplex der sog. Unfallneurose. Ärztl. Sachv. Ztg. S. 87.

126. *Oppen*, *Minna*, Ein Beitrag zur Beurteilung paranoischer Zustände bei Epilepsie. Diss. Heidelberg.

127. *Placzek* (Berlin), Das Geschlechtsleben der Hysterischen. Eine medizinische, soziologische und forensische Studie. Bonn, Marcus & Weber, 1919. 264 S. 15 M. (S. 84*.)

128. *Pollak*, *Eugen* (Wien), Pathologie und Pathogenese der Epilepsie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 11. Mai, S. 3. (S. 87*.)

129. *Derselbe*, Anlage und Epilepsie. Arb. d. Neur. Inst. Wien Bd. 23, S. 118. (S. 87*.)

130. *Pototzky*, *Carl*, Das nervöse Kind. Briefe eines Arztes. Berlin, Scherl. 134 S.

131. *Pribram*, *Bruno* (Prag), Fall von Akromegalie und Fall von pluriglandulärer Erkrankung. Vortrag. Deutsche med. Wschr. S. 424.

132. *Derselbe*, Hypophyse und Raynaudsche Krankheit. Münch. med. Wschr. S. 1284.

133. *Priesel*, *A.* (Wien), Beitrag zur Kenntnis des hypophysären Zwergwuchses. Zieglers Beitr. zur path. Anat. Bd. 67, S. 220.

134. *Pulay*, *E.* (Wien), Thyreoidismus und Morb. Basedowii als eine Form der traumatischen Neurose. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 88, S. 87.

135. *Quensel*, *F.*, Die Behandlung der Unfallneurotiker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 77. (S. 86*.)

136. *Ranzow*, *Ernst* (Gehlsheim), Über Migränedämmerzustände und periodische Dämmerzustände unklarer Herkunft. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47. S. 98.

137. *Redlich*, *Emil* (Wien), Über senile Epilepsie, insbes. deren Beziehungen zur senilen Demenz und der sog. Alzheimerschen Krankheit. A. Z. f. Psych. Bd. 76, S. 18.

138. *Derselbe*, Der gegenwärtige Stand der Epilepsiebehandlung. Wien. med. Wschr. S. 1161. (S. 90*.)

139. *Reichardt, Mart.* (Würzburg), Die Beurteilung der sogen. Unfallneurosen. Prakt. Erg. d. ges. Med. Bd. 2, S. 1. (S. 86*.)

140. *Derselbe*, Die seelisch-nervösen Störungen nach Unfällen. Deutsche med. Wschr. S. 89. (S. 86*.)

141. *Reinicke* (Halle), Die Behandlung der Epilepsie nach Balkenstich. Arch. f. Psych. Bd. 62, S. 239.

142. *Richter, P. Fr.* (Berlin), Innere Sekretion und Sexualität (beim Manne). Berl. kl. Wschr. S. 1137.

143. *Saaler, Bruno* (Berlin), Die psychische Behandlung der funktionellen Nervenkrankheiten unter Berücksichtigung der Kriegserfahrungen. Berl. klin. Wschr. S. 1189. (S. 85*.)

144. *Sadger, J.* (Wien), Psychopathia sexualis und innere Sekretion. Fortschritte d. Med. S. 20. (S. 92*.)

145. *Salomon, Fritz*, Zur Differentialdiagnose zwischen tabischer Paralyse und funktioneller Neurose. Diss. Gießen.

146. *Scharnke* u. *Full* (Marburg), Innere Sekretion und myotonische Dystrophie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 146. (S. 92*.)

147. *Schilder, Paul* (Wien), Über monokuläre Polyopie bei Hysterie. Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, S. 250. (S. 85*.)

148. *Derselbe*, Studien über Bewegungsstörungen. III. Über die motorischen Symptome der chronischen Chorea und über Störungen des Bewegungsbeginnes. Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 203.

149. *Schlachter* (Frankenthal), Seelische Hörstörungen bei Soldaten. Ztschr. f. Ohrenheilk. Bd. 78, S. 156.

150. *Schleich, C. L.*, Gedankenmacht und Hysterie. Berlin, Rowohlt. 78 S.

151. *Schlesinger, Herm.* (Wien), Über die Zirbeldrüse im Alter. Arb. a. d. Wiener neur. Inst. Bd. 22 (1919), S. 18. (S. 92*.)

152. *Derselbe*, Zur Lehre vom Herpes zoster. Ebendort S. 171. (S. 92*.)

153. *Derselbe*, Zur Klinik der Tetanie. Neurol. Zentralbl. Nr. 13. (S. 91*.)

154. *Derselbe*, Erkrankungen des Nervensystems durch Nährschäden und Hunger. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 1. (S. 91*.)

155. *Schmidt, H.* (Wuhlgarten), Therapie der Epilepsie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, Mai, S. 32.

156. *Schott* (Stetten), Statistisches zur Lehre vom Schwachsinn und von der Epilepsie. Ztschr. f. Erforsch. u. Beh. d. jug. Schwachsinns Bd. 8, S. 189. (S. 89*.)

157. *Schröder, P.* (Greifswald), Über einen Fall von langdauerndem Dämmerzustand. Vortrag. Med. Klin. S. 433.

158. *Schuster, Julius* (Budapest), Beitrag zur Histopathologie und Bakterio-



logie der Chorea infectiosa. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 331. (S. 91*.)

159. *Schwarz, O.* (Leipzig), Beitrag zur Hysterie: Doppelseitige und einseitige Erblindung; hysterische Halluzinationen. Med. Klin. S. 1252.

160. *Scripture, E. W.* (London), The nature of epilepsy. Proc. of the R. Soc. of Med. vol. 13, p. 18. (S. 87*.)

161. *Selbiger, Gertrud*, Zur Frage der hypophysären Fettsucht. Diss. München.

162. *Sett, Erwin* (Königsberg), Zur Ätiologie und Symptomatologie der Polyneuritis. Arch. f. Psych. Bd. 61, S. 563. (S. 91*.)

163. *Sett, Max*, Zur Frage der Kriegsneurose. Neurol. Zentralbl. S. 12.

164. *Seyfferth, Friedr.*, Stottern und ähnliche Sprachstörungen im Heeresdienst. Diss. München.

165. *Shaw, B. H.* (Stafford), The significance of acidosis in certain nervous disorders. Brit. med. journ. p. 695. (S. 90*.)

166. *Simmonds, Otto* (Frankfurt a. M.), Myoklonie und Glandula thyreoidea. Med. Klin. S. 1113.

167. *Singer, Kurt* (Berlin), Was ists mit dem Neurotiker vom Jahre 1920? Med. Klin. S. 951. (S. 85*.)

168. *Specker, Eugen*, Beiträge zur Frage der Dipsomanie und Poriomanie. Diss. Zürich. (S. 91*.)

169. *Stahr, Berthold*, Über einige Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Diss. Kiel.

170. *Steyerthal, Armin* (Kleinen), Hysterie und Sexualität. Ärztl. Sachv.-Ztg. S. 177. (S. 84*.)

171. *Stiegler, H.*, Verwaltungsdir. d. bayr. Baugewerke B. G (München), Über die Frage der traumatischen Epilepsie. Mtschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen S. 34. (S. 89*.)

172. *Stier, Ewald* (Berlin), Über Ohnmachten und ohnmachtähnliche Anfälle bei Kindern und ihre Beziehungen zur Hysterie und Epilepsie. Samml. zwangl. Abh. zur Neuro- u. Psychopathologie des Kindesalters H. 7. Jena, Fischer. 138 S. 16 M. (S. 90*.)

173. *Stransky, E.* (Wien), Epileptische Geistesstörungen. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., Mai, S. 21. (S. 89*.)

174. *Strohmayer, W.* (Jena), Hemiplegische Migräne und konstitutionelle Schwäche des Gefäßsystems. Med. Klin. S. 724. (S. 86*.)

175. *Derselbe*, Fall mit einem Paralysis agitans-ähnlichen Zustandsbilde. Vortrag. Münch. med. Wschr. S. 200.

176. *Strümpell, Ad.* (Leipzig), Die myostatische Innervation und ihre Störungen. Neurol. Zentralbl. S. 1. (S. 91*.)

177. *Derselbe*, Über Wesen und Behandlung der Neurasthenie. Wien. med. Wschr. Nr. 44—46. (S. 86*.)

178. *Stuchlik, Jaroslav* (Košice), Über zwei mit Hypnose behandelte Fälle von Stottern. Vortrag. Čas. česk. lék. vol. 59, p. 36.

179. *Derselbe*, Die psychologische Diagnose der Epilepsie. Ebenda p. 203.



180. *Derselbe*, Über die Flechsigsche Behandlung der Epilepsie. Ebenda S. 441.
181. *Tiling* (Jena), 2 Fälle von Tetanie-Epilepsie. Vortrag. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 20, S. 354.
182. *Tillmann*, (Köln), Zur Pathogenese der Epilepsie. Virchow's Archiv Bd. 229, S. 40. (S. 87*.)
183. *Tröll*, *A.*, Till diagnostiken vid morbus Basedowii. Hygiea vol. 82, p. 33.
184. *Tscherning*, *Rüdiger* (Tübingen), Soziale Betrachtungen auf Grund katamnestischer Erhebungen bei Kriegsneurosen. Münch. med. Wschr. S. 1376. (S. 85*.)
185. *Villinger*, *Werner* (Tübingen), Gibt es psychogene, nicht hysterische Psychosen auf normal-psychischer Grundlage? Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 174. (S. 84*.)
186. *Volland* (Bethel), Über das Vorkommen von Koordinationsstörungen und andern Symptomen bei epileptischen Krankheitsbildern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 161. (S. 88*.)
187. *Vortisch*, Die Nervosität als Störung zwischen Seele und Geist, und ihre Überwindung. Hamburg, Ag. d. Rauhen Hauses, 78 S. 3,75 M.
188. *Weddy-Pönicke*, *W.* (Leipzig), Rein sensible Berufsneurose eines Sängers. Med. Klin. S. 921. (S. 85*.)
189. *Weigelt*, *W.* (Leipzig), Ein Fall von Priapismus. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, S. 267.
190. *Westphal*, *A.* (Bonn), Über einen Fall von Erblindung ohne nachweisbare Veränderungen am optischen Apparate. Ztschr. f. Augenheilk. Bd. 43, S. 92.
191. *Widal*, Mme., *Abrami* et *Brissaud*, Étude sur certains phénomènes du choc observés en clinique. Presse méd. p. 181.
192. *Wright*, *H. W.*, Postbellum-Neuroses. A clinical review and discussion of their mechanism. Arch. of Neur. and Ps. vol. 3, no. 4.
193. *Zadek*, *J.* (Neukölln), Trauma des Nervensystems und perniziöse Anämie. Münch. med. Wschr. S. 960.
194. *Zalla*, Rassegna patologico-anatomica di lesioni della hypophyse in un caso di lipodystrophia progressiva. Riv. di patol. nerv. e mentale vol. 25, p. 1 e 25.
195. *Zappert*, *J.* (Wien), Enuresis. Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 18. Berlin, J. Springer.
196. *Derselbe*, Enuresis und Myelo-Dysplasie. Wien. klin. Wschr. S. 463.

Kugler (93) hat in 200 Neurosefällen das „entscheidende ätiologische Moment“ und das „führende Symptom“ festzustellen gesucht und ist so zur Sonderung in 8 Gruppen somatischer und 8 Gruppen psychischer Ätiologie und andererseits zur Aufstellung von 6 symptomatologischen Reihen gekommen, deren gegenseitige Beziehungen er näher darlegt. Im engen Anschluß an diese Einteilung bespricht er (92) die Therapie der Neurosen.



Lewin (101) sieht die Begriffe des Unbewußten und der Verdrängung als unnötig für die Hysterieforschung an, da Erlebnisse sich bei öfterem Auftreten vereinfachen, aber ihren Gesamtcharakter beibehalten, so daß z. B. der Ursprungsanlaß hysterischer Anfälle mit den späteren Anlässen eine Bekanntheitsqualität, etwa den Gefühlscharakter, gemeinsam haben kann, ohne daß die früheren Einzelglieder wieder auftauchen. Verdrängung sei die Diskrepanz zwischen völligem Vergessenwollen und nicht vollständigem Vergessenkönnen, aus der dann allerlei pathologische Erlebnisse entspringen und sich zu Zwangsvorstellungen, überwertigen Ideen usw. konsolidieren können, während die ursprünglichen Erlebnisse nur noch in den ihnen folgenden Affekten, Tendenzen u. dgl. weiterleben. Die hysterische Reaktion knüpft aber zugleich an physiologische Eigenheiten an, bringt schon Bestehendes an die Oberfläche und fixiert es durch die Beziehungen zwischen Erlebnis und physiologischem Vorgang, wobei der Wille hauptsächlich durch Unterlassen von Gegenintentionen wirkt.

Neutra (124) kommt nach weit ausholender, oft zu Widerspruch reizender Begründung zur Feststellung, Hysterie sei „eine unterbewußt ausgelöste und lustenergetisch zweckdienliche, in ihren physischen Zuständen als psychophysische Korrelation zu betrachtende Selbsttäuschung im Sinne von Krankheit". Wesentlich sei die Unfähigkeit, in einer subjektiv lebenswichtigen Frage durch Bejahung entweder des Triebs oder der Moral einen Lustgewinn zu erzielen. Die eigentliche Kausaltherapie, die auch gegen Rezidive sichere, liege in der Richtung der lustenergetischen Erkenntnis und des sozialen Eudaimonismus.

Binswanger (16) sieht durch die Kriegserfahrungen den Satz bestätigt: „Der hysterische Grundzustand (die hysterische Veränderung) besteht in einer eigenartigen krankhaften Verschiebung des dynamischen Gleichgewichtzustandes der seelischen Vorgänge, durch die einzelne Psychismen, d. h. Gruppen inhaltlich zusammengehöriger seelischer Ereignisse, einen überwertigen, andere einen unterwertigen Charakter im dynamischen Betrieb erlangen", wodurch der innere Zusammenhang der Psychismen gelockert oder aufgehoben wird. Gegen *Bonhoeffer*, der die hysterischen Dämmerzustände nach Schreck nicht als reine Schreckfolgen ansieht, sondern die Mitwirkung von suggestiven Vorstellungen, etwa Wünschen annimmt, welche die Krankheit fixieren, wendet B. ein, daß die Hysterisierung hier plötzlich, gewaltsam, vornehmlich durch Affektschock mit Bewußtseinsänderung sich vollziehe, und daß sich direkt hieran die Fixierungen und Determinierungen anschließen. Maßgebend für die erste Entstehung des Hysteriekomplexes ist neben der angeborenen oder erworbenen Prädisposition der seelische Zustand zur Zeit des psychischen emotionellen Inhalts (Spannung, Erwartung, Zorn). Zur Wiedererweckung oder zum Fortbestand der Fronthysterie, zur Entwicklung der Heimathysterie wirkt die seelische Kraftlosigkeit und der Drang: nur nach Haus! je kraftloser, um so besser! dazu Aufmerksamkeit auf Krankheitsvorgänge, Nachahmung, Verbalsuggestion. Zunächst mehr instinktive Abwehrreaktion als Zwecktendenz. Wo nicht schlaffer Charakter, da oft vorhergehende fieberhafte Erkrankung oder besondere Erregungen.

Carruthers (27) sieht in der Hysterie dieselbe unbekannte Ursache wirksam,

die bei Tieren, namentlich Insekten, die ursprünglich einfachen Triebe verwickelt, und die auch beim Menschen neben der Intelligenz das Verhalten so kompliziert macht. Ähnlich unterscheidet *Kretschmer* (90) in sehr beachtenswerter, reichhaltiger Darstellung von dem in seinen Motiven antagonistisch angelegten, aber in der Resultante ziemlich geradlinig auf das Lebensziel gerichteten Zweckwillen den unter ihm wirksamen, nicht auf Motive, sondern auf Reize ansprechenden, daher jäh umschlagenden, antagonistischen hypobulischen Willen, der mit unzweckmäßigem Kraftaufwand arbeitet und den Reiz lange überdauert. Er wirkt losgelöst bei Panikszenen, selbständig bei Hysterie und Katatonie. Die Hypobulik verbindet den Zweckwillen über die katatonen und striären Syndrome bis zum niederen Reflex; versagt die höhere Instanz, so übernimmt die niedere die Führung. „Hysterisch nennen wir heute vorwiegend solche Neurosen, die ein Zweckmotiv enthalten, und die sich auf den Gesetzen der Hypobulik und der willkürlichen Reflexverstärkung aufbauen“.

Placzek (127) untersucht auf Grund eigner Erfahrung und ausgedehnten Literaturstudiums das Geschlechtsleben der Hysterischen und hebt seine bisweilen unterschätzte Bedeutung für die hysterische Reaktion hervor. — Gegen ihn wendet sich *Steyerthal* (170) und führt wie schon öfters aus, daß die Hysterischen eine aus den verschiedensten Gebieten der Pathologie zusammengelesene Schar von Krankheitstypen bilden; man könne über sie nichts Allgemeingültiges aussagen und am wenigsten über ihr Geschlechtsleben.

Fränkel (46) konnte bei 61 von 72 Fällen von Kriegsneurose die psychopathische Konstitution als bestimmend für die Entstehung der Neurose nachweisen, während exogene Einflüsse höchstens Form und Lokalisation beeinflußten; auch unter den übrigen 11 war keiner völlig normal.

Villinger (185) kommt auf Grund eines ungewöhnlich durchsichtigen und interessanten Falls zum Ergebnis, daß auch auf normalpsychischem Boden psychogene Störungen, die nicht den Charakter einer hysterischen Reaktion tragen, entstehen können, falls auf „einen psychischen Angriffspunkt, wie er wohl in jeder empirischen Normalpsyche zu finden sein wird und vielleicht jeweils mit dem affektiv beherrschenden Charakterzug identisch ist“, ein adäquates Trauma von der nötigen Stärke einwirkt.

Allers (5) beobachtete drei Fälle von aktivem Verfolgungswahn in sprachfremder Umgebung analog dem der Schwerhörigen; die Störung schwand schnell im Verkehr mit Landsleuten.

Kehrer (79) untersucht sehr gründlich örtliche Spätfolgen von Verletzungen, wie Kontrakturen und Ödeme, auf ihre Entstehungsart, indem er an Einzelfällen das Ineinandergreifen seelischer und körperlicher Vorgänge aufzeigt.

Gerstmann (53) handelt über „physiogene“ Neurosen, die gleich den psychogenen auf psychische Wirkungen hin auftreten, aber im wesentlichen in ihren Krankheitserscheinungen organischen Störungen ähneln und physiologische, nicht psychische Zwischenglieder haben.

Lessing (100) sucht die Lehre von der Hysterie, die Verdrängung und die psychoanalytische Behandlung einem größeren Publikum mundgerecht zu machen.

– Das zunächst für katholische Seelsorger bestimmte Buch *Bergmanns* (15) mag einem Hauptzweck genügen; es Kranken in die Hand zu geben, wie Verf. wünscht, cheint mir nicht rätlich.

Aus der Beobachtung, daß bei Hysterischen die Gaumensegelmuskulatur eim Schlucken, nicht aber beim Sprechen funktionierte, und aus ähnlichen Vorängen beim Mutismus, bei funktioneller Aphonie usw. schloß *Muck*, daß funkionelle motorische Störungen nur die jüngst entwickelten, nicht aber die phyloenetisch alten Bewegungsarten ergreifen. Jetzt zieht er (121) für die sensorischen unktionen den gleichen Schluß aus der Tatsache, daß nach Granatexplosion ganz llgemein nur Gehör und Schmerz, nicht aber die übrigen — phylogenetisch früher rworbenen — Sinne ausgeschaltet werden, während nach Gasangriffen der Geruch, ach Flammenwerfereinwirkung das Gesicht höchstens ganz vereinzelt seelisch usfällt. Tierversuche bestätigen diese Auffassung. Dazu bringt *Dorsch* eine igenbeobachtung: auf ganz unerwarteten Granateinschlag Bewegungslosigkeit nd Aufhebung der Schmerzempfindung (Gehör?).

Bei *Schilders* Pat. (147) konnte die monokuläre Polyopie nicht auf Akkommolationskrampf beruhen, da sie durch Homatropin nicht gehindert wurde. *Sch.* leitet sie von Bewegungsstörungen im Bereiche der äußeren Augenmuskeln ab; Konvergenzkrampf rufe die Polyopie dadurch hervor, daß er einen Kampf verschiedener Augenbewegungsimpulse verursache. — *Münzer* (122) sah nach Gasvergiftung doppelseitige hysterische Blindheit 1½ Jahr bestehen; suggestive Heiung in 12 Wochen.

Weddy-Pönicke (188) fand bei einem Sänger Analgesie und Thermanästhesie sowie Herabsetzung der Berührungsempfindung im Gebiet des 9.—11. Dorsalsegments: lie mittleren Bauch- und Rückenmuskeln waren hypertrophisch (sie und das Zwerchfell dienen dem italienischen Sänger als „Atemstütze", um die Halsmuskeln nöglichst auszuschalten). Hier hysterischer Mechanismus, um die durch Empfinlungen in jener Gegend ausgelöste Angst zu vermeiden.

Clark (30) beschreibt einen ungewöhnlichen Fall von Dercumscher Krankheit und hysterischen Erscheinungen mit Heilung der Psychose.

Löwy-Hattendorf (105) gibt einen kritischen Überblick über die Literatur der Neurosenbehandlung während und nach dem Kriege. — *Saaler* (143) hält die Aufleckung und Lösung des Konflikts für das Wesentliche. — *Singer* (167) hatte günstige Erfolge in der Neurotikerbehandlung auch, als nach der Revolution deren Energie herabgesetzt werden mußte, hält aber möglichste Ablehnung ambulanter Behandlung für geboten. — *Baumm* (14) schildert die Schwierigkeiten, die es nachte, einen hartnäckigen Kriegshysteriker trotz seiner Einwilligung einer Irrenanstalt zu überweisen, und schlägt vor, sie durch Verträge zwischen Versorgungsämtern und Anstalten zu beseitigen. — *Tscherning* (184) fand bei Erhebung von Katamnesen der in Tübingen beobachteten Kriegsneurotiker trotz guten primären Heilerfolgen ein wenig erfreuliches Ergebnis und verlangt gleichmäßige Regelung des Rentenverfahrens, strenge Auslese der kriegsneurotischen Rentenempfänger und -bewerber in Behandlungsstationen im Anschluß an die psychiatrischen Univ.

Kliniken und in sachlicher Zusammenarbeit mit dem Reichsbund für Kriegsbeschädigte.

Hübner (73) heilte durch Elektrosuggestion hysterische Menstruationsstörungen, nervöse Rücken- und Leibschmerzen, psychogene Blasenschmerzen, nervösen Fluor und hysterische Frigidität.

Kollarits (85) bespricht die Hemmungsgefühle, die bei Unterbrechung eines psychischen Vorgangs durch äußeres Eingreifen entstehen und bei Nervösen eine größere Rolle spielen als bei Normalen.

Mayer (113) beschreibt mehrere Fälle völligen Vergessens der Vergangenheit im Anschluß an schwere Sorgen und Erregungen; den Pat. kam die Erinnerung an Namen und einzelne Umstände, die die Ermittlung ihrer Familie ermöglichten, wenn nach einigen Tagen der Ruhe im Krankenhaus ihnen aufgegeben wurde, still zu überlegen, wer sie seien, und wo sie leben möchten.

Del Greco (57) hebt als „die" Kriegspsychose die asthenische Verwirrtheit heraus. Die Strapazen, Erregungen, Vergiftungen des Krieges haben keinen Einfluß auf manisch-depressive Anfälle, verschlimmern gelegentlich Dem. paral., arteriosclerot. oder praecox, bringen latente Epilepsie zum Ausbruch, aber erzeugen nur asthenische Verwirrtheit. Der Grundzug der psychischen Asthenie, der durch Veranlagung und Charakter verschiedene Färbung und Beimischung erhält, ist bewußter Verlust der Wirklichkeitsauffassung im Verein mit Inkoordination der Vorstellungen; die Kranken suchen sich der Lage umsonst anzupassen, sind hypersensitiv, suggestibel im Guten und Schlechten, anlehnungsbedürftig. Gegen die psychische Erschöpfung durch die Kriegswirkungen, die hierzu führt, schützt zunächst, aber nicht dauernd, Bildung, soweit sich durch Stolz, Verantwortungsgefühl, ideale Gesinnung der Charakter gefestigt hat, ferner Tapferkeit, Heiterkeit, Apathie, fatalistische Ruhe.

In ausgezeichnet durchdachter, knapper Darstellung erörtert *Reichardt* (140) die seelisch nervösen Störungen nach Unfällen und gibt (139) im Anschluß daran etwas ausführlichere Richtlinien für die Beurteilung der „sogenannten" Unfallneurosen. — *Quensel* (135) gibt mit Benutzung der Kriegserfahrungen eine wohlabgewogene Übersicht über die Behandlung der Unfallneurotiker und macht beachtenswerte Vorschläge zur Neuordnung des Versicherungswesens.

Strümpell (177), der als die Hauptsache bei der Neurasthenie psychische Verstimmung mit meist hypochondrischen Ängsten infolge reizbarer Schwäche auffaßt, bespricht ihren häufigen Zusammenhang mit organisch-anatomischen und organisch funktionellen Veränderungen sowie die Therapie.

Nach *Strohmayer* (174) läßt die Gefäßkrampftheorie der Migräne die hemiplegischen Erscheinungen, die in manchen Fällen mit ihr verbunden sind, als ischämische Folgen auffassen und erklärt das häufige Vorkommen von Migräne und Apoplexie in derselben Familie.

Donath (39) beschreibt als vasomotorische Psychoneurose eine schmerzhafte Gesichtsröte, die den größten Teil des Tages bestand und durch die Schmerzen zu Depression führte. Dabei gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, aber keine Angst. Tonogen und Chinin ohne dauernden Nutzen.

Im Anschluß an eine Beobachtung von familiärem pavor noct. gibt *Ebstein* (40) eine Literaturübersicht über das Albdrücken.

Goldstein (56) deckte durch Psychoanalyse als Ursache paranoider Vorstellungen bei einem Psychopathen die Übertragung eigner unbewußter Wünsche auf andre auf.

Galants (50) 14jähr. Pat. hatte nach Entwöhnung von maßloser Onanie starken Orgasmus nach dem Urinieren ohne erectio penis, Samenentleerung oder sexuelle Gedanken. Die Erscheinung verschwand nach 2 Monaten von selbst.

Die Bewußtseinstrübungen des homosexuellen Neurotikers, von dem *Margulies* (110) berichtet, traten auf unangenehme Eindrücke oder das Fortspinnen erregender Vorstellungen auf und äußersten sich in starrer Abschließung gegen die Vorgänge der Umgebung.

Erben (41) unterrichtet eingehend über Genese und Feststellung der verschiedenen Arten des Schwindels und des Nystagmus.

Mit seiner Entdeckung, daß die beim Sprechen des Normalen stets vorhandenen Schwankungen der Tonhöhe (vgl. *Isserlin*, Diese Ztschr. Bd. 75, S. 1) dem Epileptiker fehlen, glaubt *Scripture* (160) die Aufstellung *L. P. Clarks* stützen zu können, daß Epilepsie eine Charakterkrankheit sei (Unfähigkeit zur sozialen Anpassung infolge Überempfindlichkeit und Egoismus; der Anfall die Reaktion auf Anstöße einer unerträglichen Umgebung durch Ausweichen ins Unbewußte)!

Marburg und *Ranzi* (109) konnten während Operation am freiliegenden Hirn des bis dahin bewußten Pat. (lokale Anästhesie), bei der sich nichts Operables fand, einen epilept. Anfall beobachten, bei dem das Gehirn beträchtliche Schwellung, deutliche Hyperämie und eine Flüssigkeitsansammlung in den Meningen von überraschender Intensität zeigte.

Nach *Tillmann* (182) drängen die Erfahrungen bei Operationen von Epileptikern zur Annahme, daß auch die genuine Epilepsie auf organischer Hirnerkrankung beruht.

Bratz (21) fand Ammonshornsklerose in der Hälfte der untersuchten Epileptiker und juvenilen Paralytiker, in einem Viertel der erwachsenen Paralytiker, starken Zellausfall auch in einigen Fällen von Dem. sen., dagegen zeigten sich die Ammonshörner frei bei reiner Idiotie, Dem. praec., akuten Erschöpfungs- und einzelnen andren Psychosen. — In einem Falle von tödlichem Status epil. fand *Kogerer* (84) im Ammonshorn nicht Sklerose, aber schwere akute Zellschädigungen, die bei längerem Bestehen hätten zur Sklerose führen können.

Pollak (129) fand bei allen 34 von ihm untersuchten Fällen verschiedenster Formen von Epilepsie (genuiner und symptomatischer) Entwicklungstörungen: stets Ganglienzellen in der weißen Substanz, meist noch Änderungen in der Schichtenbildung der grauen Substanz, unregelmäßigen Abstand der Zellen voneinander, Abnahme an Zellen und Abweichungen in deren Bau und Form. Er sieht hierin den Ausdruck einer angeborenen Minderwertigkeit, die durch funktionelle Abweichungen das eigentlich epileptische Grundleiden erklären könnte. Für den Ausbruch des epileptischen Symptomenkomplexes wäre danach eine minderwertige Anlage oder eine entsprechende Schädigung des Hirns nötig (128); auch im Hirn trau-



matisch Epileptischer fand er Entwicklungshemmungen und Anomalien im kortikalen Aufbau.

Anton (6) konnte bei lebenden Epileptikern röntgenologisch häufig eine übermäßige Ausbildung des Kleinhirnprofils, seltener abnorme Kleinheit desselben nachweisen, daneben oft eine stärkere Schattenbildung des Tentorium cerebelli, die auf Blutungen oder Verletzungen hinweist. Bei Vergrößerung des Kleinhirnprofils bestand auffällig selten epil. Demenz. Weiter berichtet er über die häufige Besserung epil. Anfälle nach Balkenstich und schlägt für die Kleinhirnhypertrophie mit übermäßiger Anfüllung des subtentorialen Raumes die Eröffnung der Membrana atlantea vor.

Volland (186) fand unter 100 Epileptikern (33 genuin, die übrigen organisch) nach Barany bei 28 dauerndes, bei 58 vorübergehendes Vorbeizeigen und in allen Fällen dauernd oder vorübergehend Störungen der statischen Koordination beim Vorwärts- und Seitwärtsstrecken eines oder beider Arme, die er im allgemeinen auf Beeinträchtigung der Assoziationen zwischen sensibler und motorischer Hirnrinde zurückführt. In 77 Fällen fanden sich nystagmusartige Zuckungen bei Endstellung der Bulbi.

Christoffels lesenswerte Untersuchung (29) erweist für den Gedankengang der Epileptiker in Ausnahmezuständen (Verwirrtheit, Delirien usw.) neben der auch sonst vorhandenen und hier nur gesteigerten Verlangsamung und Unklarheit als charakteristisch die Unterbrechbarkeit durch Einschübe, indem von außen oder innen gebotenes Material verwertet, dann aber der vorhergehende Gedanke wieder aufgenommen wird.

Fischer (43) wendet in sehr überzeugender Weise seine vivisektorischen Erfahrungen über Beziehungen der Nebennieren zur Krampfbereitschaft auf die menschliche Pathologie an. Von der Nebennierenrindensubstanz ist die Sekretion des chromaffinen Systems und von dieser wiederum die Reizansprechbarkeit der Muskulatur abhängig. Bei Kaninchen ließen sich durch Amylnitrit nach doppelseitiger Nebennierenentfernung weder Krämpfe noch die sonst mit diesen verbundene Bewußtlosigkeit auslösen, falls keine akzessorischen Nebennierenrindenkörper vorhanden waren. Die gesteigerte Krampffähigkeit der Tiere nach starker elektrischer Hirnrindenreizung, die, wie bei der traumatischen Epilepsie des Menschen, erst einige Tage nach der Reizung zur Entwicklung kam, konnte durch Verringerung der Nebennierensubstanz ausgeglichen werden; nach deren völliger Entfernung ließen sich nur einige Zuckungen hervorrufen, nach denen meist der Tod eintrat, wie nebennierenlose Tiere, zur Muskelarbeit gezwungen, plötzlich tot zusammenbrachen (völlige Erschöpfung der chromaffinen Substanz). Bei nebennierenlosen Tieren hörten die Krämpfe auch bei starker elektrischer Reizung der Hirnrinde sofort mit dem Reiz auf und verbreiteten sich nicht auf weitere Muskeln. Andrerseits zeigten sich kastrierte und noch mehr chronisch alkoholisierte Tiere (bei denen die Nebennieren sich vergrößern und zwar hauptsächlich die Rindensubstanz) besonders krampffähig. Das Gehirn wirkt durch den Sympathikus auf die Nebennieren; zentrale und periphere Krampfkomponente treffen in der Muskulatur zusammen. Die „Krampfzentren" in Zwischenhirn, Brücke, med. obl. bieten beste



Möglichkeit zum Angriff und zur Summation von Reizen. Die schon unter Gesunden schwankende physiologische Krampffähigkeit steigert sich zur pathologischen Krampfbereitschaft z. B. bei der epil. Konstitution. Auch konstitutionelle Affektlabilität mit Bewegungsdrang und Neigung zu impulsiven motorischen Entladungen mag auf dem Wege durch die Nebennieren zu gesteigerter Krampffähigkeit führen, während zur Erklärung der traumatischen Krämpfe im Tierexperiment und beim Menschen nicht die Konstitution heranzuziehen ist, sondern vielleicht eine Lockerung des funktionellen Zusammenhangs zwischen Hirnrinde und sympathischen Zentren, die diese ansprechbarer und labiler macht. Epileptische und hysterische Krämpfe haben gemeinsam die periphere Komponente; die zentrale bestimmt, zu welcher Krampfform es kommt.

Scholt (156) fand statistisch auch in der Entwicklung der Epileptiker und Schwachsinnigen mannigfache Abweichungen von der Norm.

Nach *Husler* (75) ist das 4. Lebensjahr das Prädilektionsalter für den Beginn epil. Anfälle; 30 % epil. Kinder starben vor dem 20. Lebensjahr. Psychische Einflüsse, wie Schreck, Erregung, können auch bei genuiner Epilepsie den ersten Anfall auslösen. Zweimal Genesung nach Trepanation, die normale Verhältnisse ergab (Belassung einer Knochenlücke).

Hauptmann (62) regt an, die zahlreichen Kriegsverletzungen des Gehirns, die später zu epileptischen Anfällen führen, zur Prüfung der Theorien zu benutzen, die für die genuine Epilepsie aufgestellt sind, und erörtert grundsätzlich die Möglichkeiten, die sich hierfür vor allem durch Stoffwechseluntersuchungen bieten.

Bei der Kriegsaushebung zum amerikanischen Heere wurde nach *Mac Robert* (107) wegen Epilepsie 1 von je 150 Untersuchten zurückgestellt. Kopfoperationen haben statistisch unbefriedigende Ergebnisse, da zwar in 60 % der Nekropsien in Epileptikeranstalten sich grobe Hirnerkrankungen fanden, aber fast nie mit der Möglichkeit der Operation, und da bei den Operierten fast stets postoperative Adhäsionen der Meningen an Gehirn oder Knochen bestanden. Allgemeine epil. Krämpfe bei Hirntumoren nur 1 : 53. Unter 160 Fällen von Hirntumor erwies sich 18 mal die Hypophyse ergriffen; keinmal waren hier Krämpfe aufgetreten. Alkoholismus ist höchstens insofern Ursache von Epilepsie, als er neuropathischen Defekt anzeigt.

Böttcher (18) sah nach Vergiftung mit Knollenblätterschwamm nächtliche epil. Krämpfe zurückbleiben. — *Stiegler* (171) veröffentlicht einen fälschlich als traumatisch angesprochenen Fall von Epilepsie. — *Alikhan* (4) stellte in einer Familie von 30 Mitgliedern, die zwei Epileptiker, aber keine Geisteskranke enthielt und frei von Syphilis, Tb. u. Alk. war, 11 Anosmiker und 4 Hyposmiker fest; Fortpflanzung nur durch anosmische Frauen. Mit Epilepsie ist Anosmie häufig verbunden, nicht aber mit Paralyse oder Dem. praecox. — *Hartung* (61) beschreibt Paramyoclonus multiplex mit Epilepsie bei zwei Schwestern.

Stransky (173), der in anregender Weise die epil. Geistesstörungen behandelt, führt zur Erklärung der vielen motorischen Züge der epil. Äquivalente, der Dämmer-, katatoniformen, poriomanischen Zustände, die Annahme aus, daß bei fortwirkender Grundursache die Reize von der motorischen auf die psychomotorische Rindengegend übergleiten, und leitet hiervon wieder mit Hilfe der *Wernicke*schen Sejunk-



tionslehre eine Art Spaltung der Persönlichkeit ab, die das verhältnismäßig häufig geordnete Handeln ermögliche.

Friedländers Broschüre (48), die, entgegen der Behauptung des Verf.s, auch gebildeten Laien schwer verständlich sein dürfte, läuft in eine Empfehlung des Episan aus. — *Redlich* (138) empfiehlt besonders Luminal und Brom, am besten beides: 1—2 mal tgl. 1—1,5 BrNa, abends 0,1 Luminal (höchstens vorübergehend auch am Tage 0,5—1,0 L.). Bei 1,0 BrNa + 0,1 Lum. bleiben die Pat. oft lange anfallfrei. — *Grinker* (58) gibt 0,1—0,15 Luminal 1—2 mal tgl.; mehr selten und nur anfangs nötig. L. kann jahrelang ohne Schaden genommen werden. Bei kleinen Anfällen dem Brom weit vorzuziehen. — *Brühl* (25) hatte mit 0,1—0,3 Lum. tgl. bei solchen Epil., die überhaupt darauf reagierten, sehr bald günstige Erfolge. — *Kreß* (88) sah ebenfalls sehr gute Erfolge der Luminalbehandlung bei frischer Epilepsie unter fleischloser und kochsalzarmer Diät. — Auch *Cheinisse* (28) empfiehlt Luminal sehr, obwohl es deutscher Herkunft und nur aufschiebend, nicht heilend sei, da nach Aussetzen die Anfälle wiederkehren; Anfangs mehrmals Zittern, Schwindel, Kopfschmerzen, psychische Erregung, deshalb Überwachung nötig. — *Shaw* (165) rät auf Azidosis zu untersuchen, die er nicht nur bei akutem Delirium, Verwirrtheit, Stupor und Melancholie, sondern auch bei Epilepsie häufig gefunden hat, und bei positivem Befunde statt Brom reichlich Alkalien zu geben, um einer Schädigung der Nervenzellen vorzubeugen. — *Lenk* (98) sah nach Röntgenbehandlung der motorischen Zentren von Epileptikern zwar mehrmals deutliche Besserung, bei Fortsetzung der Behandlung aber Verschlimmerung eintreten. — *Held* (64, ausführlicher 65) will Epilepsie durch Serum und Drüsensubstanz von Kaninchen, denen Blut des Kranken eingespritzt war, geheilt haben. Näheres über seine „antiepileptische Serumsubstanz" gibt er nicht an. — *Döllken* (37) empfiehlt Einspritzung sterilisierter Kuhmilch, besser noch mit Vakzine versetzt („Xifalmilch").

Stier (172) behandelt sehr eingehend Ohnmachten und ohnmachtähnliche Anfälle bei Kindern im Anschluß an 18 eindeutige und 15 verwickeltere Fälle, betont das familiäre Auftreten und den Zusammenhang mit andren vasomotorischen Störungen und bespricht die Abgrenzung namentlich von der Epilepsie.

Die Narkolepsie, die *Myers* (123) heilte, war nach Malaria aufgetreten und umfaßte zwei Arten von Schlafanfällen, 1. solche, in denen Pat. alles wahrnahm, ohne reagieren zu können, 2. längere ohne Bewußtsein, in denen er erschreckt zu sein schien und einige Worte in andrer Sprache vorbrachte (keine Vorzeichen; nur im Sitzen oder Liegen). Es handelte sich um verdrängte schreckhafte Kindheitserinnerungen, und der erste Typ entsprach wahrscheinlich dem Widerstand gegen deren schwächeres Hereindrängen, der zweite ihrer Konzentration im Unterbewußtsein. Auch in andren Fällen fand *M.* als Ursache der Narkolepsie verdrängte Erinnerungen. Die Amnesie des Pat. leitet Verf. von einem Persönlichkeitswechsel infolge des plötzlichen Schrecks, einem „somnambulen Zustand" ab, nach dessen Aufhören die Erinnerung unterdrückt wurde. Da das Wecken der verdrängten Erinnerungen zu vollem Bewußtsein, das augenblickliche Erleichterung brachte, hier und in andren Fällen ohne Affekt verlief, hält *M.* das Abreagieren des Affekts nicht für wesentlich. Nicht die Affekt-, sondern die Unlustkomponente

des Erlebnisses wird primär verdrängt und leistet der Erinnerung Widerstand. Auch im täglichen Leben vergessen wir nicht den Affekt, sondern nur die Unlustkomponente. Der Wert der Hypnose liegt nicht in Erleichterung der Suggestion, die höchstens als Reizmittel oder Gegenreiz dient, sondern im Wecken von Erinnerungen, das der Krankheit auf den Grund geht. Hierzu genügen aber oft Sitzungen im wachen Zustande; noch geeigneter ist der traumhafte oder halb hypnotische Zustand, in den der Pat. bisweilen spontan verfällt.

Die triebhaften Handlungen der Dipsomanie und der Poriomanie sind nach *Speckers* hübscher Dissertation (168) gleichwertige Symptome, hervorgerufen durch periodische Verstimmungen und verschieden nur nach den äußeren Verhältnissen und Charakteranlage. *Sp.* beschreibt Dipsomanie, z. T. kombiniert mit Poriomanie, bei 1 Psychopathen, 5 Epileptikern und 2 Schizophrenen.

Schuster (158) fand in 4 Fällen von Chorea infectiosa Gliazellenhypertrophie im motorischen Gebiet.

Hammerstein (60) nimmt in einem Falle von *Huntington*scher Chorea mittelbaren Zusammenhang mit einem 8 Jahre früher erlittenen Fall auf den Kopf an.

Auerbach (9) macht sein Gesetz der Lähmungstypen auch für die spastischen Lähmungen nach Pyramidenläsion geltend. Die stärkeren und von der Schwere unterstützten Muskeln überwiegen, da die dem Gehirn zufließenden sensiblen Erregungen die alten subkortikalen motorischen Zentren dauernd überreizen.

Bouman (20) fand als Toxinwirkung in einem Falle von Tetanus Gliaproliferation ohne Zerfall von Nervenzellen.

Barrett (11) beschreibt zwei Fälle von Tetanie mit Psychose, in denen erhebliche Zysten in der Hypophyse gefunden wurden. Verf. denkt an Giftwirkung auf das Gehirn im Zusammenhang mit der Hypophysenerkrankung.

Schlesinger (153) erzielte bei Tetanie häufig „Tibialiszuckung" durch Beklopfen des druckempfindlichen N. tib. in der Kniekehle.

Derselbe (154) sah als Folgen von Nährschäden und Hunger am Nervensystem besonders Tetanie und Polyneuritis.

Sett (162) beschreibt 14 Fälle von Polyneuritis mit Besonderheiten, darunter 1 nach Fleckfieber. — *Meyer* (117) sah bei einer Polyneuritis besondere Beteiligung eines Arms infolge einer Halsrippe.

Böttner (19) beobachtete atypische Muskeldystrophie bei zwei Schwestern.

Hitzenberger (71) bringt einen neuen Fall von myotonischer Dystrophie mit anatomischem Befund. — *Fischer* (44) beschreibt einen Fall von myotonischer Dystrophie mit periodischen geistigen Störungen und einen Fall mit Obduktion, die nichts im C. N. S., dagegen pathologische Veränderungen in der Muskulatur ergaben; doch hält Verf. am zentralen Krankheitsitz fest.

Gierlich (54) macht auf den Anfang des Zitterns bei Paralysis agitans an verletzten Gliedern aufmerksam. So möge auch mancher der psychotherapeutisch nicht geheilten Kriegszitterer traumatische Par. ag. haben.

In bemerkenswerter Weise umgrenzt *Strümpell* (176) unsre jetzigen Kenntnisse über myostatische Innervation und ihre Störungen und stellt die nächsten Forschungsaufgaben klar.



Schlesinger (152) beschreibt zwei Fälle von Herpes zoster, in denen die Entzündung der Intervertebralganglien, den Lymphbahnen folgend, aufs Rückenmark übergegriffen hatte, und schildert den schwereren Verlauf des H. z. bei alten Leuten.

Mendels Pat. (115) bekam eine mehrwöchige Fazialislähmung nach geringem Druck (beim Nachmittagschlaf Kopf auf Arm gestützt); sein Vater hatte dasselbe, ein Bruder ähnliches durchgemacht. *M.* schließt, daß es sich bei familiärer peripherischer Fazialislähmung um vererbte Vulnerbilität des Nerven, nicht um Vererbung anatomischer Eigenheiten, z. B. Enge des Fallopischen Kanals, handelt.

Klose (82) teilt zwei Fälle schwerer Psychose bei Morbus Basedowii mit, deren einer durch Verkleinerung der Thyreoidea, der andere durch Wegnahme der Thymus sofort geheilt wurde.

Die Familie, in der *Barrett* (12) bei 14 von 61 Mitgliedern Verkümmerung der Nägel und Haare feststellte, wies neben Hypotyreoidismus auch zahlreiche degenerative geistige und Nervenleiden auf.

Nach *Schlesinger* (151) ist die herrschende Ansicht von der frühzeitigen Involution der Zirbeldrüse falsch; diese ist, wenn auch das Bindegewebe zunimmt, noch im Alter ein wichtiges, funktionierendes Gebilde. — *Marburg* (108) bestätigt dies, doch sei das Drüsengewebe im hohen Alter in relativ geringer Menge vorhanden.

Lipschütz (102) nimmt zur Erklärung der großen Mannigfaltigkeit in den normalen und pathologischen Erscheinungen des Geschlechtsdimorphismus an, daß eine asexuelle Embryonalform durch geschlechtspezifische Wirkungen der m. u. w. Pubertätsdrüse (*Steinach*) maskuliert oder feminiert wird, und daß wahrscheinlich auch die Fortpflanzungszellen genetisch abhängig von der Pubertätsdrüse sind.

Nach *Großmann* (59) ist für Homosexualität eine konstitutionelle Grundlage fast immer nachzuweisen (spezifische Abartung des hormonalen Gleichgewichts vor allem der Sexualdrüse). — *Sadger* (144) wendet sich gegen *Hirschfeld*, der *Lichtensterns* Operationserfolge zur Stütze des körperlichen Ursprungs der Homosexualität benutzte.

Curschmann (35) führt unter Beibringung eines neuen Falles aus, daß bei pluriglandulärer Insuffizienz häufig angeborene Drüsenabweichungen, vor allem Hypogenitalismus, vorhanden seien und auf eine allgemeine Schwäche der endokrinen Drüsen hindeuten. — *Krabbe* (87) bringt einen selbstbeobachteten Fall angeborener pluriglandulärer Insuffizienz und fügt einen zweiten, dänisch schon veröffentlichten, hinzu. — *Scharnke* und *Full* (146) stützen im Anschluß an die Beschreibung eines schon von *Niekau* veröffentlichten Falles die Ansicht *Nägelis*, die myotonische Dystrophie beruhe auf pluriglandulärer Erkrankung. — *Gatti* (51) schildert einen Fall von Pagetscher Knochenerkrankung an Becken und Femur, die im Verein mit trophischen Störungen der Muskulatur und Schmerzanfällen sich langsam nach Trauma entwickelte und vom Verf. auf Schädigung des Sympathicus bei Gleichgewichtstörung endokriner Drüsen bezogen wird.

Hüssy (74) leitet die Schwangerschaftstoxikosen, wie *Löffler* die intestinalen, von Aminen ab, die aus der Plazenta, den innersekretorischen Drüsen, aus dem Darme stammen können und in verschiedener Weise abgebaut werden, so daß sich



hieraus die Verschiedenheit der Angriffspunkte und der Erscheinungen bei Eklampsie, Hyperemesis, Anämie, Dermatosen, Lebererkrankungen, Enzephalitis, Myelitis, Neuritis, Korsakoff, Tetanie erklären würde. *H.* fand durch biologische Versuche am Meerschweinchendarm, daß proteinogene Amine weder im normalen noch im Gravidenserum, wohl aber in der prägraviden Phase des Eudometriumzyklus und in größerer Menge bei Schwangerschaftstoxikosen, auch bei toxischer Enzephalitis, vorhanden sind. Sie steigern die entgiftende Tätigkeit namentlich der Leber und werden im allgemeinen durch Abwehrfermente zerstört, wobei *H.* den Lipoiden einen wesentlichen Anteil zuschreibt, zumal dem Cholesterin, das er in normaler Schwangerschaft etwas, bei Schwangerschaftstoxikosen, namentlich Eklampsie, stark vermehrt fand, und das kurz vor dem Tode an Eklampsie völlig fehlte.

5. Idiotie, Imbezillität, Psychopathie, Fürsorgeerziehung.

Ref.: F. Schob-Dresden.

1. *Blühdorn.* Zur Diagnose und Prognose der Spasmophilie mit besonderer Berücksichtigung des späteren Kindesalters. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 42 (3. Folge 42). (S. 93*.)
2. *Curschmann, H.* (Rostock), Zur Frage der kongenitalen Anlage bei pluriglandulärer Insuffizienz. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 59. (S. 97*.)
3. *Dubs, Eugen,* Über Verlauf und Prognose der moralischen Idiotie. Inaug.-Diss. Zürich 1920. (S. 99*.)
4. *Finkbeiner* (Zuzwyl, Schweiz), Kretinenbehandlung und Rassenhygiene Therapie der Gegenwart.
5. *Fritze, Werner,* Über Megalencephalie. Inaug.-Diss. Jena.
6. *Gregor, Adalbert,* Zur Bestimmung des Intelligenzalters mittels der Definitionsmethode. Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung, herausgegeb. von Trüper. H. 169. Langensalza, H. Beyer u. Söhne.
7. *Guleke* (Jena), Über sporadischen Kretinismus mit Demonstration. Vortragsbericht. Deutsche med. Wschr. Nr. 18,
8. *de Jong, H.,* Essentielle Abgrenzung und Unterverteilung der Idiotie auf vergleichend-psychologischer Grundlage. Psych. en neurolog. Bl. vol. 24.
9. *Karger,* Zerebrale Rhachitis. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. 18. (S. 97*.)
10. *Kellner* (Alsterdorf), Demonstration von vier Fällen von Kretinismus. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. S. 1130.



11. *Derselbe*, Über verschiedene Formen von Idiotie bei Kindern. Vortragsbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 22, H. 1/2. S. 94
12. *Krabbe, Knud H.* (Kopenhagen), Über früh erworbene oder kongenitale Formen der pluriglandulären Insuffizienz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 55. (S. 96*.)
13. *Künzel, Werner* (Waldheim, Sa.), Kretinismus und Geisteskrankheit. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 2, S. 395.
14. *Lauter, Rudolf*, Zur Kasuistik des endemischen Kretinismus. Inaug.-Diss. München.
15. *v. d. Leyen, Ruth*, Schutzaufsicht über psychopathische Kinder. Beitr. zur Kinderforschung und Heilerziehung H. 166. Langensalza.
16. *Liebmann, Albert* (Berlin), Untersuchung über Behandlung geistig zurückgebliebener Kinder. Berlin, Berlinische Verlagsanstalt. 2. Aufl. 45 S. (S. 96*.)
17. *Maas, O.* (Berlin), Beitrag zur Kenntnis des Zwergwuchses. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 57, S. 196. (S. 97*.)
18. *Peiser*, Prüfungen höherer Gehirnfunktionen bei Klein-Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 91 (dritte Folge 41). (S. 95*.)
19. *Popper, E.* (Prag), Über Schmerzgefühlsstörung bei Oligophrenen. Neurol. Zentrlbl. 1920. (S. 96*.)
20. *Derselbe*, Zur Psychopathologie der Fugue. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 3, S. 173. (S. 100*.)
21. *Reichmann, Frida*, Über Haltlosigkeit der Psychopathen. Vortragsber. Neurol. Zentralbl. Nr. 22, S. 741. (S. 100*.)
22. *Rinderknecht, Gertrud*, Über kriminelle Heboide. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 57, S. 35. (S. 99*.)
23. *Sante de Sanctis*, Studi di neuropsichiatria infantile. Archivio gen. di neuroglia e psich. vol. 1.
24. *Sarasin, Philipp*, Assoziationen von erethischen Oligophrenen. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 4.
25. *Schmincke, Alexander* (München), Encephalitis interstitialis Virchow mit Gliose und Verkalkung intrazerebraler Gefäße. Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 60. (S. 98*.)
26. *Derselbe*, Zur Kenntnis der Megalenzephalie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 56, S. 154. (S. 97*.)
27. *Schott*, Die Bedeutung der Infektionskrankheiten für die Entstehung des kindlichen Schwachsinns. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 68. H. 1/2.
28. *Speer, E.* (Jena), Vier Geschwister mit Friedreichscher Krankheit. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67. (S. 98*.)
29. *v. Stark*, Zur Kasuistik der familiären amaurotischen Idiotie. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. 18, Nr. 2. (S. 98*.)
30. *Stelzner, Helene Friederike*, Warenhausdiebstähle der Jugendlichen und



deren Äquivalente. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 62, S. 208. (S. 99*)

31. *Stier, Ewald* (Berlin), Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen. Beitr. z. Kinderforschung und Heilerziehung H. 161. Langensalza.
32. *Stöltzner, Wilhelm* (Halle a. S.), Die Ätiologie des Mongolismus. Vortragsber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 20, H. 2, S. 140. (S. 97*.)
33. *van den Torren* (Castricum), Paranoide Psychosen bei Imbezillen. Med. Tijdschr. voor Geneesk.
34. *Uyematsu, S.*, A case of myxedematous psychosis. Archiv of neurolog. and psych. vol. 3.
35. *Valenzano, Maddalena* (Milano), Rieducazione di una bambina apparentamente frenastenico. Archivio generale di neuroglia e psich. vol. 1.
36. *Webster, J. H. D.*, Roentgen-ray treatment of a case of early acromegaly. Archiv of radiology and electrotherapy vol. 24, no. 8.
37. *Zingerle*, Die ärztlichen Aufgaben in den Hilfsschulen und Fürsorgeerziehungsanstalten. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40. (S. 95*.)

Zingerle (37) gibt eine lesenswerte Zusammenstellung aller der Aufgaben, die dem Arzt der Hilfsschulen und Fürsorgeerziehungsanstalten erwachsen. Ärzte an Hilfsschulen und Fürsorgeerziehungsanstalten müssen unbedingt über ausreichende Fachkenntnisse in der Psychiatrie verfügen, wenn sie diesen Aufgaben gewachsen sein sollen. In einem Anhang sind die wichtigsten Gesichtspunkte für die Untersuchung der Hilfsschüler und Fürsorgezöglinge zusammengestellt. Da die meisten Methoden der Intelligenzprüfung zu zeitraubend sind, und auch nicht genügend den einzelnen Altersstufen angepaßt sind, bevorzugt *Z.* für die Hilfsschule die Binet-Simonsche Methode. — *Peiser* (18) hat eine Reihe von Methoden (Situationsversuche) ersonnen, die sich zur Prüfung der höheren Gehirnfunktionen von Kleinkindern eignen und die Aufstellung gewisser Normalwerte gestatten. Im letzten Quartal des ersten Lebensjahres zieht das geistig rege Kind eine Unterlage zu sich heran, auf der das zu entfernt liegende eigentliche Ziel (ein Gegenstand) sich befindet. Im 2. Lebensjahr gewinnt es das Verständnis für den „Umweg", sowie für die Bedeutung des einfachen „Mittels zum Zweck" (Heranziehen des Zieles mittels der daran befestigten Schnur, sowie mittels des nicht am Ziel befestigten Stabes). Im 3. Lebensjahr beginnt die Aufmerksamkeit sich zielbewußt zu konzentrieren, auch Retention bereits hervorzutreten (Schachtelversuche: dem Kind wird ein Gegenstand gezeigt, dann in eine Schachtel gelegt, die mit einem senkrechten, dem Kind ebenfalls gezeigten Kreuz bezeichnet ist, daneben eine Schachtel mit liegendem Kreuz gestellt, das Kind findet die richtige Schachtel heraus. — Fadenversuch: Das Ziel ist an einem Faden befestigt, dicht neben das Ziel wird noch ein gleich großer Faden gelegt; das Kind erfaßt zum Heranziehen den richtigen Faden). Im 4. Lebensjahr ist die Retention für einfache Zeichen (senkrecht-schräges, großes-kleines Kreuz) sowie für Farben als solche (ohne Namen) häufiger vorhanden, die geometrische Fähigkeit, vorgelegte einfache Stäbchen-



figuren nachzulegen, tritt auf; es erwacht analytisches und auch schon synthetisches Verständnis (Knebelversuch; ein Gegenstand hängt an einer mit Knebel befestigten Schnur, der Knebel muß gelöst werden. Kombinationsversuch — nach Köhlers Hergang bei Untersuchung anthropoider Affen —: zwei Stöcke, die zusammengesteckt zur Erreichung des Zieles langen würden, werden nicht zusammengesteckt, dem Kind gegeben). Im 5. Lebensjahr kann die Aufmerksamkeit schon scharf konzentriert werden (3 Fadenversuch), die Retention für einfache Zeichen und Farben ist gut, Farben werden in der Regel auch richtig benannt. Einfach geometrisches Verständnis ist vorhanden (Diagonalversuch: zwei Quadrate mit verschieden laufenden Diagonalen sind auseinanderzuhalten; Stäbchenfiguren aus Gedächtnis nachlegen); das analytische und synthetische Verständnis (Knobelversuche, 2 Stäbe-Versuch) finden sich häufiger, diese Situationsversuche sind auch für die Beurteilung geistiger Defekte von Wert.

Nach *Popper* (19) kommen sicher viel öfter und in viel höherem Maße und Grade, als meist angenommen wird, bei Oligophrenen, dabei aber keineswegs nur bei ganz schweren Defektzuständen, Hyp- oder Analgesien vor, die oft an den gesamten Hautdecken und Schleimhäuten, oft wohl auch bezüglich der tiefen Teile nachweisbar erscheinen. Diese Ausfallserscheinungen dürften vor allem die torpiden Schwachsinnsformen betreffen. Vielleicht handelt es sich um eine Persistenz der physiologischen Empfindungsschwäche, wie sie oft in den ersten Lebenstagen vorkommt. Ob eine abnorme Bildung des peripheren, rezeptiven Sinnes- und Nervenapparates vorliegt oder eine Schwäche der zentralen Apperzeption, eine „Gefühlsdummheit" anzunehmen ist, oder aber ob periphere und zentrale Ursachen koordiniert für das Zustandekommen der Störungen maßgebend erscheinen, ist meist kaum differenzierbar.

Das Buch *Liebmanns* (16) ist warm zu empfehlen. In klarer, übersichtlich aufgebauter Darstellung gibt der Verf. eine Fülle von Methoden zur Prüfung sowohl der häufig bei geistesschwachen Kindern darniederliegenden Sinnesfunktionen wie den motorischen Fähigkeiten und praktische Anleitung zur Behandlung der einzelnen Störungen. Sprachprüfung und Behandlung der Sprachstörungen werden besonders eingehend analysiert und besprochen.

Der erste Fall, den *Krabbe* (12) mitteilt, betrifft einen 16jähr. Idioten; er bot folgende Symptome, die auf pluriglanduläre Insuffizienz zu beziehen sind: Hypotrichie, Sklerodaktylie, Pigmentationen, Zwergwuchs mit eunuchoider Disproportionierung, Zahnretention, senile Zahnstörungen, verspäteten Epiphysenschluß, Kryptorchismus, latente Tetanie, Imbezillität, Achylie, Atrypsie, renalen Diabetes, Lymphoblastose, unregelmäßige Neutralitätsregulierung des Blutes, Kombination von Zügen des Infantilismus und der Senilität. Wahrscheinliche Erkrankung der Thyreoidea, Parathyreoidea, der Hoden, Hypophyse und Nebennieren angenommen. Pathol. anatomisch: Schwerste Veränderungen in Schilddrüse und Hoden; leichter in Nebennieren und Hypophyse. Das Leiden konnte bis in die früheste Kindheit zurückverfolgt werden. Im zweiten Fall handelt es sich um ein 18jähr. Mädchen, sie bot Hypotrichie, leichte Hautpigmentierungen, Zwergwuchs, verspäteten Epiphysenschluß, Skoliose, Exophthalmus, leichte Struma, Genitaldystrophie, psych-



ische Minderwertigkeit, latente Tetanie, fehlerhafte Regulation des Kohlehydratstoffwechsels, infantilen Habitus. Wahrscheinlich sind folgende Drüsen beteiligt: Schilddrüse, Parathyreoidea, vielleicht Pankreas, Hypophyse. Die pluriglanduläre Insuffizienz konnte bis auf die früste Kindheit zurückgeführt werden, was Verf. bisher nicht in der Literatur beschrieben gefunden hat. Demgegenüber betont *Curschmann* (2), es sei in der deutschen Literatur oft darauf hingewiesen worden, daß kongenitale Hypo- und Dysplasien einzelner endokriner Drüsen im Krankheitsbild später von multipler Blutdrüsenerkrankung befallenen Individuen recht häufig sind. Bei einem 47jähr. Manne fand *C.* Hypogenitalismus, Fehlen der sekundären Geschlechtscharaktere, insbesondere Vox puerilis bei hypoplastischem Kehlkopf, Hypoplasie der Schilddrüse, symmetrische Sklerodermie, beider Unterschenkel und Füße und eine Keratitis, die vielleicht dem sklerodermischen Prozeß verwandt ist, Katarakt, symmetrische Hyperplasie der Parotis. Die letztere und der Hypogenitalismus hatten als angeborene Vorboten der späteren pluriglandulären Insuffizienz von jeher bestanden. Verf. weist auch auf die Wichtigkeit pluriglandulärer Störungen bei dystrophischer Myotonie und Myasthenie, Rhachitis tarda, Osteomalacie hin. *Stöltzner* (32) hat in einigen Fällen von Mongolismus anamnestisch festgestellt, daß die Mütter während der Schwangerschaft Symptome von Hypothyreoidie geboten haben. Diese Beobachtung kann dafür sprechen, daß der Mongolismus durch Hypothyreoidie der Mutter während der Gravidität verursacht wird. Diese Erkenntnis wäre für eine prophylaktische Therapie von größter Bedeutung. — Während in dem einen der beiden Fälle, die *Maas* (17) beschreibt, die Diagnose Chondrodystrophie leicht zu stellen war, standen in dem anderen, dessen klinischer und anatomischer Befund eingehend dargestellt werden, einer sicheren Diagnose erhebliche Schwierigkeiten entgegen, besonders schwierig war die Abgrenzung von der Rachitis; die Differentialdiagnose wird ausführlich erörtert. Unternormale Intelligenz, psychische Minderwertigkeit und andere psychische Abnormitäten kommen bei Chondrodystrophie doch häufiger vor, als von anderen Autoren zugegeben wird.

Karger (9) ist vom Vorkommen einer zerebralen Rachitis überzeugt, die von vielen Autoren nicht anerkannt wird. Er führt folgende Beweise an: anatomisch läßt sich oft ein abnorm großes Gehirn nachweisen; klinisch sind viele rachitische Kinder auffallend schlaff, apathisch, es mangelt ihnen der normale Bewegungstrieb; sie setzen sich nicht, bewegen sich nicht, reden nicht. Diese Erscheinungen können nicht allein durch das mechanische Moment hervorgerufen sein; andere Rachitiker mit schwerer peripherer Rachitis machen rege Bewegungsversuche. Die Apathie überdauert oft auch die Knochenrachitis. In leichteren Fällen können die zerebralen Erscheinungen abheilen, oft aber bleibt auch ein mehr minder schwerer Intelligenzdefekt zurück. Es besteht ein gewisser Parallelismus zwischen Laryngospasmus und Krämpfen einerseits, Rachitis andererseits. — In dem Falle *Schminckes* (26) handelt es sich um einen 35jähr. Mann, dessen Vater als „Spinner“ gegolten hatte. Der Pat. selbst war von Jugend auf menschenscheu, jähzornig; im 16. Jahr Kopftrauma, darnach angeblich Zunahme des Kopfumfanges, zuletzt 62—63 cm. Sektionsbefund: Hirngewicht 2155 g; außerdem auf Akromegalie hindeutende Befunde: auffallende Vergrößerung der Nase, des Unterkiefers mit Prominenz, ab-

norm große Zunge, abnorm große Hände und Füße; keine Vergrößerung der Hypophyse. Mikroskopisch: keine groben Störungen der Zellarchitektonik, aber reichlich Cajalsche Zellen und in allen Schichten vereinzelt abnorm große und gerichtete Zellen; am Randsaum Gliamengenbildung, bestehend aus fasriger Glia; in der Rinde Vermehrung der protoplasmatischen Glia, Zellen vermehrt und vergrößert, besonders um Gefäße und Ganglienzellen; feintropfige Verfettung der Gefäßwände und Gliazellen. Nach Verf. liegt sicher eine hyperplastische Entwicklung der Glia als Störung des Rindenaufbaues vor; die Verfettung kann bei dem Fehlen von Ganglienzelldegeneration als Zeichen einer Stoffwechselstörung infolge Vermehrung der Glia angesehen werden; es handelt sich um die interstitielle Form der Megalenzephalie. Die akromegalischen Erscheinungen führt *Sch.* auf eine Vermehrung der eosinophilen Zellen der Hypophyse zurück. Ein ursächliches Abhängigkeitsverhältnis zwischen Akromegalie und Megalenzephalie in dem Sinne, daß die letztere eine Teilerscheinung der ersteren sei (Splanchnomegalie), lehnt Verf. ab.

Von den vier Geschwistern mit Friedreichscher Ataxie, deren Krankengeschichten *Speer* (28) wiedergibt, zeigten drei Imbezillität verschiedenen Grades; alle vier wiesen außerdem Zeichen von Infantilismus auf. Die Beobachtung über typische familiäre infantile amaurotische Idiotie, die *von Starck* (29) mitteilt, ist nach zwei Richtungen von Interesse: einmal stammten die Patienten aus einer kurländischen Adelsfamilie, in der keinerlei jüdische Beimischung nachweisbar war; zweitens waren von den 5 Kindern nur die 3 Mädchen befallen, während die 2 Knaben frei blieben. Eine geschlechtliche Auslese ist bei amaurotischer Idiotie sonst nicht bekannt. Die Mutter war 20 Jahre jünger als der Vater, der als junger Mann ein zweifelhaftes Ulcus gehabt hatte; sie war entfernt verwandt mit dem Mann; in der Familie bestand eine gewisse Inzucht; auch Degenerationszeichen ließen sich in der Familie mehrfach nachweisen.

Schmincke (25) fand im Gehirn eines 9monatlichen Knaben, der schon kurz nach der Geburt eine eigenartige Steifigkeit der Muskulatur und anfallsweise auftretende Streckkrämpfe geboten hatte, reichlich fettführende Gliazellen in den mittleren und tieferen Schichten der Groß- und Kleinhirnrinde, besonders im Großhirnmark, sodann eine ausgesprochene Zunahme der fasrigen, teilweise auch der protoplasmatischen Glia, besonders perivaskulär, weiter Wandverkalkung der kleinen und mittleren Arterien, Zysten im Großhirnmark umgeben von fasriger Glia. Wandverkalkung von Arterien ist sonst bei Encephalitis interstitialis Virchow nicht beschrieben worden. In einem zweiten Falle, den ein 1½ Jahr alt gewordenes frühgeborenes Kind betraf, das stets sehr ungeschickt und steif gewesen war, fand *Sch.* diffuse Gliaverfettung, dichte Körnchenzelleninfiltrate besonders im Großhirnmark, sowie unabhängig vom Gefäßapparat lokalisiert und auch subependymäre Gliawucherungen, perivaskuläre, teilweise auch diffuse Vermehrung der protoplasmatischen und faserigen Glia, ausgedehnte Kalkkonkrementbildung, Gefäßwandverkalkung. Die Encephalitis interstitialis neonatorum ist in die große Gruppe der toxisch-infektiösen, nicht eitrigen Enzephalitiden einzureihen.

Nach *Blühdorn* (1) ist die Prognose der Spasmophilie in bezug auf die körperliche, intellektuelle und psychische Weiterentwicklung spasmophiler Kinder im



späteren Kindesalter recht ungünstig anzusehen. Er fand unter seinem Material kaum mehr als ein Drittel der früher spasmophilen Kinder intellektuell oder psychisch normal entwickelt. Für das Zurückbleiben ist nicht die Spasmophilie als solche verantwortlich zu machen; vielmehr ist die Ursache in der neuropathischen Veranlagung zu suchen.

Dubs (3) hat vier von *Maier* 1908 mitgeteilte Fälle von moralischer Idiotie nachuntersucht und feststellen können, daß sich alle vier im Sinne der von *Maier* gestellten Diagnose und Prognose als „geborene Verbrecher" weiter entwickelt haben. Verf. selbst teilt noch die Krankengeschichten von drei weiteren Fällen mit. Er sieht in der moralischen Idiotie eine Gruppe, die sich deutlich aus der großen Klasse der angeborenen psychopathischen Minderwertigkeiten abgrenzen läßt; die Differentialdiagnose ist bei gründlicher Beobachtung mit Sicherheit zu stellen; auch gegenüber den schleichend verlaufenen Fällen von meist latenter Schizophrenie („kriminelle Heboide" nach *Gertrud Rinderknecht*) und den sogenannten antisozialen Trotzneurotikern. Die moralischen Idioten sollten in sicheren Anstalten so human wie möglich dauernd interniert werden. Vor Entlassungsversuchen soll die eventuelle Sterilisierung wegen der Vererbungsgefahr in Erwägung gezogen werden. Unter dem Namen „kriminelle Heboide" versteht *Gertrud Rinderknecht* (22) eine Untergruppe der Schizophrenie; es handelt sich um ein Krankheitsbild, bei dem meist in frühestem Kindesalter eine autistische Veränderung der Affektivität einsetzt mit Neigung zu negativistisch-antisozialer Betätigung bei späteren, meist rasch vorübergehenden hebephrenen oder katatonen Erregungszuständen, während der Intellekt relativ gut erhalten bleibt. Nach der Pubertät besteht starke kriminelle Tendenz, aber ohne tiefere Rücksichtnahme auf die egoistischen Interessen. Es besteht keine Tendenz zum Fortschreiten des Krankheitsprozesses; die Krankheit, die sich häufiger bei Männern als Frauen findet, wird fälschlicherweise mit moralischer Idiotie verwechselt.

Nach den Beobachtungen von *Helene Friederike Stelzner* (30) ist der Warenhausdiebstahl ein häufiges Delikt der weiblichen Jugendlichen. Praktisch sind sie einzuteilen in die Gruppe der mit den Waren arbeitenden Angestellten und in die der Käuferinnen. Für die Angestellten liegt in der Technik der Betriebe ein großer Anreiz zum Diebstahl; auch gut veranlagte, tüchtige junge Mädchen konnten schließlich der Versuchung nicht widerstehen. Unter 50 jugendlichen Warenhausdiebinnen waren 28 nicht normal Veranlagte, psychopathische Konstitutionen, zum größten Teil aber irgendwie defekte Intelligenzen, die häufig von anderen Personen autoritativen Charakters angestiftet waren oder der Reizsamkeit ihrer Begehrungsvorstellungen erlagen. Bei den psychisch Abnormen ohne Intelligenzdefekt konnte die rechtsbrecherische Handlung als Funktion der psychopathischen Veranlagung etwa in der Form von Dämmerzuständen, hysterischen Krisen, puberalen Schwankungen, nervöser Erschöpfung usw. in keinem Falle als ausreichendes exkulpierendes Moment angenommen werden. Indirekt weist der hohe Prozentsatz der Warenhausdiebstähle junger Mädchen zweifellos auf gewisse Unterströmungen der erotischen Sphäre, was besonders seinen Ausdruck in der Art des gestohlenen Gutes findet, das sich zu mindesten neun Zehntel aus Anlockungsmitteln der Kleider-



kunst zusammensetzt. Die Umstellung der Kriminalität der Jugendlichen durch die Kriegsverhältnisse läßt sich bezüglich der Warenhausdiebstähle und verwandter Delikte dahin zusammenfassen, daß in der Hauptsache vorher die Liebe und nachher der Hunger die treibenden Momente waren.

Frieda Reichmann (21) erkennt die Haltlosigkeit als Kennzeichen einer besonderen Krankheitsgruppe nicht an. Haltlosigkeit ist keine Krankheitseinheit auf vorwiegend affektivem Gebiet mit sekundärer Willensschwäche, sondern ein komplexes Reaktionsresultat, das auf dem Boden intellektueller, affektiver und volutetärer Störungen, erhöhter Suggestibilität usw. bei jedem Psychopathen auftreten kann, z. B. als Folge von Aufmerksamkeitsstörungen, Konzentrations-, Merk-, Gedächtnisschwäche usw. Die Intelligenz als solche, insbesondere auch die ethische Erkenntnis, können dabei völlig intakt sein.

Den Zustand hysterischer Fugue, den *Popper* (20) beschreibt, betraf einen 18jähr. Kadetten. Interessant war der Fall dadurch, daß die nachgewiesene Amnesie sich nicht nur auf die Zeit der unerlaubten Entfernung selbst, sondern retrograd auch auf die vorhergehende Woche erstreckte. In der Anamnese fanden sich auch Züge, die an Pseudologia phantastica gemahnen. Verf. nimmt an, daß es sich bei dem Pat. neben der Pseudologie auch um eine Art Wachträume bzw. andere tiefergehende Störungen, um Andeutung von Etat second gehandelt haben könnte.

6. Intoxikationspsychosen.

Ref.: Schütte-Langenhagen.

1. *Barbé, A.*, Les aliénations des alcooliques. Presse méd. vol. 7, no. 47.
2. *Belohradsky, K.*, Über Gehirnveränderungen nach Veronalvergiftung. Čas. česk. lék. vol. 59, p. 6. (Tschechisch.)
3. *Benders, A. M.*, Die Syphilis á virus nerveux. Psych. en neurolog. Bl. vol. 24, p. 294.
4. *Beninde, Bonhoeffer, Partsch*, Welchen Einfluß hat der während des Krieges innerhalb der bürgerlichen Bevölkerung verminderte Alkoholgenuß auf die geistige und körperliche Gesundheit des Volkes gehabt? Beratungen der erweiterten Deputation für das Medizinalwesen am 20. Sept. 1919 im Ministerium für Volkswohlfahrt zu Berlin. Vierteljahrschr. f. ges. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 59, H. 1, S. 1. (S. 106*.)
5. *Bignami* e *Nazari*, Sulla degenerazione delle commissure encefaliche nell' alcoolismo cronico. Rivista di freniatria vol. 41, p. 81.
6. *Binswanger, Kurt* (Kreuzlingen), Über schizophrene Alkoholiker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 127.



7. *Boas, Kurt*, Zur Begutachtung psychischer und nervöser Beschwerden des Erysipels. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 18, S. 201.
8. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Therapie des Morphinismus. Vortragsbericht v. 17. Juni 1920. Berl. klin. Wschr. Nr. 47, S. 1126.
9. *Bravetta, Eugenio* (Mombello, Prov. di Milano), Pellagra et sindromi pellagroidi. Archivio generale di Neuroglia et Psich. vol. 1, p. 95.
10. *Breitung, H.*, Ein Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydgasvergiftung. (Zwei Fälle von Leuchtgasvergiftung.) Inaug.-Diss. Jena.
11. *Derselbe*, Ein Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxyd-Vergiftung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 273. (S. 110*.)
12. *Bresler, J.* (Kreuzburg), Seuchennachkrankheiten, insbesondere nervöse. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 43—46. (S. 109*.)
13. *Bry, Gertrud* (Breslau), Akute Psychose nach langjährigem Schlafmittelmißbrauch (Codeonal-Somnacetin). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 111.
14. *Burch, Simon* (Sarnen), Untersuchungen über den Einfluß des Alkoholismus auf die militärischen Bestrafungen in der Schweizer Armee während der Grenzbesetzung 1914 bis 1917. Inaug.-Diss. Zürich. 21 S.
15. *Catola* e *Simonelli*, Psicosi della grippe. Rassegna di studi psich. vol. 9, fasc. 1.
16. *Christoffel, H.* (Basel), Dialcibismus. Schweizer med. Wchschr. Nr. 49. (S. 111*.)
17. *Dobnigg* und *v. Economo* (Wien), Die hereditäre Belastung der Dipsomanen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 96, H. 3, S. 383. (S. 105*.)
18. *Donath, Julius* (Budapest), Der Alkohol vom rassehygienischen und bevölkerungspolitischen Standpunkt. Alkoholfrage 16. Jahrg. H. 2/3, S. 44. (S. 106*.)
19. *Dumstrey, F.*, Morphiumkranke Asthmatiker. Moderne Med. H. 3.
20. *Ewald, Gottfried* (Erlangen), Die Jodoformpsychose und ihre Stellung innerhalb der exogenen Prädilektionstypen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 3, S. 125. (S. 110*.)
21. *Fleischer, Julius* (Wien-Hietzing), Springende Pupille bei Veronalvergiftung. Deutsche med. Wschr. Nr. 23, S. 630. (S. 110*.)
22. *Fränkel, Fritz* (Stuttgart), Über Simulation von Morphiumsucht. Med. Korrespondenzbl. f. Württemberg.
23. *Fuchs, A.* (Wien), Über die Entstehung einer reflektorischen Pupillenstarre durch Methylalkoholvergiftung. Ztschr. f. Augenheilk. Bd. 42, H. 1/2.
24. *Gaupp, Robert* (Tübingen), Student und Alkohol. Vortrag, Jahresvers. d. Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus, Karlsruhe i. B., Okt. 1920. Münch. med. Wschr. Nr. 48, S. 1303. (S. 105*.)



25. *Glaserfeld*, *Bruno* (Berlin-Schöneberg), Über das gehäufte Auftreten des Kokainismus in Berlin. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 185. (S. 107*.)
26. *Gruber*, *G. B.*, Der Alkoholismus. 2. Aufl. Aus Natur- u. Geisteswelt Nr. 103. Leipzig-Berlin, G. Teubner. 120 S. (S. 105*.)
27. *Guldmann*, *C.* (Nürnberg), Über psychische Nachkrankheiten nach akuter Kohlenoxydvergiftung. Würzburger Abh. a. d. ges. Geb. der prakt. Med. Bd. 20, H. 6. Leipzig, Kabitzsch. 20 S. 1,50 M. (S. 110*.)
28. *Guleke* (Jena), Epilepsie nach Hirnschußverletzungen und ihre Behandlung. Vortrag, 44. Vers. d. Deutschen Ges. f. Chirur. Berlin, April 1920. Bericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 18, S. 503.
29. *Haberkann*, *Peter*, Intoxikationsneurosen nach Unfall. Inaug.-Diss. Bonn.
30. *Hercod*, *R.* (Lausanne), Das Alkoholverbot in den Vereinigten Staaten. Alkoholfrage, 16. Jahrg., H. 1, S. 25.
31. *Hecht*, *A. F.* (Wien), Morfiumallergie der menschlichen Haut. Wien. klin. Wschr. Nr. 47.
32. *Hornung* (Wangen b. Konstanz), Veronal als Hilfsmittel bei der Morphiumentziehung. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 484.
33. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Über nervöse und psychische Störungen nach Wutschutzimpfung. Deutsche med. Wschr. Nr. 5, S. 121. (S. 109*.)
34. *Hüssy* (Basel), Die moderne Erklärung der Schwangerschaftstoxikosen. Schweizer med. Wschr. Nr. 39/40.
35. *Ischop* (Neuchatell), Die tuberkulöse Psychoneurose. Ztschr. f. Tuberkulose. Bd. 31, H. 6.
36. *Jacobi*, *W.*, u. *Speer*, *E.*, Amylenhydratvergiftung (35 gr) mit tödlichem Ausgang. Therap. Halbmonatsh. Nr. 16.
37. *Jolowicz*, *Ernst*, Beziehungen der Nirvanolvergiftung zur Anaphylaxie. Therap. Halbmonatsh.
38. *Kahn*, *Eugen* (München), Zur Zunahme des Morphinismus. Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 571. (S. 106*.)
39. *Kickh*, *H.* (Hall i. Tirol), Sexuelle und Alkoholfrage. Bonn, Marcus & Weber. 68 S. 7 M. (S. 106*.)
40. *Klebelsberg*, *E.*, Beitrag zur Kasuistik des Bromoderma. Wien. klin. Wschr. Nr. 27.
41. *Kleist*, *K.* (Frankfurt a. M.), Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Monograph. a. d. Gesamtgeb. der Neur. u. Psych. Berlin, J. Springer. H. 21. 55 S. 18 M. (S. 107*.)
42. *Kogerer*, *H.* (Wien), Erfahrungen über die Hechtsche allergischer Reaktion bei Morphinisten. Wien. klin. Wschr. Nr. 48.
43. *Korbsch*, *Adolf* (Breslau), Zur Kasuistik der Benzinvergiftungen. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 990.
44. *Krause*, *Willy* (Charlottenburg), Ein Fall von Medinalvergiftung. Genesung. Berl. klin. Wschr. Nr. 49. S. 1171.



45. *Külz*, *L.* (Altona), Die Alkoholfrage für Eingeborene in den ehemaligen deutschen Schutzgebieten. Alkoholfrage 16. Jahrg., H. 1, S. 43.
46. *Laquer*, *B.* (Wiesbaden), Alkoholforschungsinstitute und andere Kampfmittel gegen den Alkoholismus. Deutsche med. Wschr. Nr. 22, S. 605. (S. 105*.)
47. *Lewin*, *L.*, Die Kohlenoxydgasvergiftung. Ein Handbuch für Mediziner, Techniker und Unfallrichter. Berlin, Jul. Springer. 370 S. 60 M.
48. *Licen*, Zur Histopathologie des Nervensystems beim Fleckfieber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 53, H. 3/4, S. 199. (S. 109*.)
49. *Liebermeister*, *G.* (Düren), Tuberkulose und Psychosen. Vortrag, 45. Wandervers. Südwestd. Neurologen u. Irrenärzte, Baden-Baden, Juni 1920. Eigenbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 21, H. 5/6, S. 313.
50. *Löwy*, *Robert*, Zur Klinik und Pathogenese der nervösen Erscheinungen beim Fleckfieber. Obersteinersche Arbeiten Bd. 22, S. 191.
51. *Marcus*, *Henry* (Stockholm), Die Influenza und das Nervensystem. Studie während der Epidemie in Schweden 1918—1919. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 54, H. 1/5, S. 166. (S. 108*.)
52. *Maul*, *Nelly*, Über Psychosen nach Influenza. Inaug.-Diss. Kiel.
53. *Mayer-Gross*, *W.* (Heidelberg), Selbstschilderung eines Kokainisten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 222.
54. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Psychosen und Neurosen nach Grippe. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 2, S. 347. (S. 107*.)
55. *Meyer*, *Max* (Köppern i. Taunus), Über die Unterbringung von Trunksüchtigen und Geisteskranken. (Nach einem Vortrag für Sozialbeamte in Frankfurt a. M. im Winter 1917/18.) Alkoholfrage, 16. Jhg., Nr. 2/3, S. 28.
56. *Nothaas*, Über chronische Alkoholhalluzinosen. Aus der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Sitzungsbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 21, H. 5/6, S. 372.
57. *Nussen*, *Bruno* (Hütteldorf-Hacking), Über einen Fall von Polyneuritis mit Korsakowscher Psychose nach Streptokokkeninfektion. Med. Klin. Nr. 27, S. 705.
58. *Olbert*, *Th.*, Erfahrungen mit Morphiomanen. Klin. therapeut. Wschr. Nr. 9/10.
59. *Pelser*, *W. A.* (Bonn), Zur Klinik, Kasuistik und Pathogenese der nervösen und psychischen Störungen im Gefolge der Wutschutzimpfung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 1—4, S. 1 u. 121. (S. 110*.)
60. *Peretti* (Grafenberg). Die Abnahme des Alkoholismus in ihrer Wirkung auf die Geisteskrankheiten. Vortrag. Deutscher Verein f. Psych., Hamburg, Mai 1920. Bericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 3/4, S. 227.
61. *Read*, *C. Stanford*, The psychopathology of alcoholism and some so-



called alcoholic psychoses. The journal of mental sciences vol. 46. p. 274.

62. *Runge, W.* (Kiel), Über Psychosen bei Grippe. Ein Beitrag zur Frage der Pathogenese und nosologischen Stellung der Infektionskrankheiten. Archiv f. Psych. Bd. 62, S. 1 u. 305. (S. 107*.)
63. *Schäfer, Otto*, Über nervös-psychische Störungen im Verlauf der Malaria. (Aus der Psych. Klinik Straßburg i. E.). Archiv f. Psych. Bd. 61, H. 3, S. 543. (S. 109*.)
64. *Scheicher, Raimund* (Dresden), Über Vergiftung durch Trinken chloroformhaltiger Flüssigkeit. Vierteljhrschr. f. ges. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 60, H. 2, S. 175.
65. *Schultze, Ernst* (Göttingen), Encephalo-Myelomalacie als Unfallfolge nach gewerblicher Vergiftung (Tetrachloraethan). Obergutachten. Berl. klin. Wschr. Nr. 40, S. 941.
66. *Schwarzkopf, Friedr.*, Über Pantoponismus. Inaug.-Diss. Kiel.
67. *Seiss, Gerhard*, Die Alkoholwirtschaft im Kriege und ihre Folgen. Inaug.-Diss. Jena.
68. *Shao Chih* (Shangai), Motive und Ursachen des Opiumgenusses bei Chinesen. Med. Klin. Nr. 45, S. 1171.
69. *Sieben, Hubert* (Burstadt in Hessen), Die Propagierung des Morphinismus unter behördlichem Schutz. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1295. Entgegnung aus dem Hess. Ministerium des Innern, Abt. f. öffentl. Gesundheitsw., siehe gl. Wschr. (1921) Nr. 4, S. 108 und Erwiderung des Dr. *Sieben*, ebenda.
70. *Siebert, Harald* (Libau), Die Affektionen des Nervensystems durch akute Infektionskrankheiten, speziell die Grippe. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 3, S. 149. (S. 108*.)
71. *Strauß, E.* (Berlin), Zur Pathogenese des Morphinismus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 2, S. 80.
72. *Tirelli, Vito* (Torino), Morfina e cocaina. Archivio di antropologia criminale, psich. e med. legale Nr. 3.
73. *Wagner v. Jauregg* (Wien), Die Abnahme des Alkoholismus in ihrer Wirkung auf die Geisteskranken. Vortrag. Deutscher Verein f. Psych. Hamburg, Mai 1920. Bericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 3/4, S. 226.
74. *Wahl, Richard*, Über den Einfluß kleinster Nicotindosen auf die menschliche Psyche. Inaug.-Diss. Göttingen.
75. *Wedemeyer, Theodor*, Über die Gewöhnung psychischer Fähigkeiten an das Koffein. Inaug.-Diss. Göttingen.
76. *Zimmermann, Wolfgang*, Über Nebenwirkungen von Luminal. Therap. Halbmtsh. Nr. 3.



a) Alkoholismus. Morphinismus.

Grubers (26) Werk über den Alkoholismus in „Natur und Geisteswelt" ist in
eiter Auflage erschienen. Es bringt in allgemein verständlicher Form alles
ssenswerte über diese Frage. Nach einem Überblick über die Geschichte der
stigen Getränke geht Verf. auf die Herstellung und die Verwendungsarten des
kohols näher ein. Dann folgt ein Kapitel über die physiologischen Wirkungen
s Alkohols. Weitere Abschnitte sind den Schädigungen gewidmet, welche der
inker sowie seine Nachkommenschaft und das ganze Staatswesen erleiden. Der
rf. bemerkt sehr richtig, daß von dem Trinker ein ganzes Heer von anfangs
ım sichtbaren Übeln ausgeht, die alle nach dem einen Ziele, das im Untergang
: Familie besteht, hinarbeiten. Sehr zu bedauern ist, daß die Unterbringung
· Trinker in geeigneten Anstalten zur rechten Zeit noch so schwierig ist. Für
allgemeines Abstinenzgesetz ist die Zeit noch nicht gekommen, doch wäre eine
form des Schankwesens sehr zu begrüßen. Ersatzgetränke und umfassende Auf-
rungsarbeit müssen eine weit größere Anwendung finden. Besonders die Jugend
ß gewonnen werden.

Gaupp (24) weist in einem formvollendeten Vortrag auf die Gefahren des
kohols hin. Er betont, daß unser Schicksal jetzt die Kraft jedes einzelnen er-
dert und daß keine Zeit mehr ist für Stimmungen des Augenblicks, wie sie vor-
ergehend durch den Genuß von Alkohol erzeugt werden. Zudem wird in Zukunft
: Student nicht mehr in der Lage sein, größere Summen für geistige Getränke
szugeben, er muß vielmehr alles daran setzen, um sich die Kraft seines Körpers
d Geistes zu erhalten. Durch jedes Liter Vollbier werden den hungernden Kindern
) g Gerste entzogen. Nicht zu vergessen ist, daß die akademische Jugend ein
rbild sein soll und daß ihre Gebräuche in den übrigen Volksschichten nachgeahmt
rden. Die günstige Gelegenheit, den Alkoholgebrauch zu verhindern, ist unbe-
iflicherweise von der Regierung versäumt worden, darum gilt es jetzt für die
gend, mit leuchtendem Beispiel voranzugehen und den Kampf gegen den Alkohol
zunehmen.

Laquer (46) empfiehlt dringend die Gründung von Alkoholforschungsinstituten.
: im Branntweinmonopolgesetz ausgeworfenen 4 Millionen zur Milderung der
rch Trunksucht herbeigeführten Schäden könnten wohl zur Deckung der Un-
ten herangezogen werden. Die von *Bratt* veranlaßte Reform des Gotenburger
stems hat im Kriege mancherlei erhebliche Mängel gezeigt, so daß man erst
male Zeiten abwarten muß, bevor man seine Einführung in Deutschland
pfehlen kann.

Dobnigg und *Economo* (17) haben in 23 Fällen von Dipsomanie die heredi-
en Verhältnisse näher untersucht. Die Verf. kommen zu den Resultaten, daß
: Dipsomanen schwere Psychopathen sind und daß sich die Dipsomanie auf
ınd dieser degenerativen Anlage entwickelt. Diese psychopathische Veran-
ung kann mehr verschieden sein, sie entsteht zu einem Drittel aus der Gruppe
manisch-depressiven Irreseins, zu einem zweiten Drittel aus der Gruppe epi-
tischer Entartung, während das letzte Drittel nicht näher definiert werden kann



und bloß allgemein degenerative Charakterzüge aufweist, die sich nicht näher gruppieren lassen.

Donath (18) behandelt die Alkoholfrage vom rassenhygienischen und bevölkerungspolitischen Standpunkte aus. Er weist besonders auf die Schäden hin, denen die Nachkommenschaft der Alkoholisten ausgesetzt ist, und betont, daß das Aussterben der Ureinwohner von Amerika, Afrika und Australien hauptsächlich auf Rechnung des Mißbrauchs geistiger Getränke zu setzen ist. Aber auch in den Kulturstaaten spielt der Alkohol eine bedeutende Rolle bei dem körperlichen Rückgang der Bevölkerung, während in Schweden die Zahl der Militärtauglichen seit der Einschränkung des Trinkens erheblich gestiegen ist. Verf. schlägt als wirksamstes Mittel gegen den Alkohol vor, daß der Staat jedem Bezirk oder Orte das Recht einräumt, den Alkohol zu verbieten, falls sich eine Volksabstimmung dafür ausspricht. Auch ein staatliches Branntweinverbot im ganzen Lande ist anzustreben.

Einer Beratung der erweiterten wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen beschäftigt sich mit dem Einfluß des während des Krieges verminderten Alkoholgenusses auf die geistige und körperliche Gesundheit des Volkes. Die drei Berichterstatter *Beninde*, *Bonhoeffer* und *Partsch* (4) betonen einstimmig, daß die Zahl der Deliranten und Alkoholisten im Kriege erheblich gesunken ist. Auch die Zahl der Bewilligungen von Kranken- und Invalidenrenten wegen Alkoholvergiftung ist stark zurückgegangen, doch sind an dieser Verminderung die Frauen viel weniger beteiligt als die Männer. *Bonhoeffer* weist auch darauf hin, daß die Zunahme des Morphinismus und Kokainismus nicht an die Stelle des Alkoholismus getreten ist, sondern andere Gründe hat. Die von den Verf. gemachten Vorschläge für Beschränkung des Alkoholmißbrauches nach dem Kriege haben bisher keine Verwirklichung gefunden.

Die sexuelle und Alkohol-Frage wird von *Kickh* (39) sehr eingehend erörtert. Er spricht zunächst von den Schädigungen der Geschlechtsdrüsen durch den Alkohol und den Folgen für die Nachkommenschaft. Weiter behandelt er den Geschlechtstrieb und deren Befriedigung in Beziehung zur Alkoholwirkung, die sexuelle Volksgesundheit und Alkohol und schließlich die Zustände nach dem Kriege. Verf. fordert nach dem Beispiel Amerikas die Abschaffung des Alkohols, besonders weil der Alkohol eine keimschädigende Wirkung ausübt. Eine Notwendigkeit für den Genuß geistiger Getränke läßt sich nirgends nachweisen, das Großkapital muß sich anders einstellen. Daß ein Teil der Wirte einen anderen Beruf ergreifen müßte und die Bordelle sich nicht mehr halten könnten, wäre nur zu begrüßen. Etwa 1¾ Mill. ha Land lieferten vor dem Kriege ihre Ernte nur zur Alkoholerzeugung. Von einem Staatsverbote verspricht der Verf. sich zur Zeit noch nichts, da bei einem plötzlichen Übergang zur allgemeinen Abstinenz bald ein Rückschlag erfolgen würde. Das Ziel einer neuen alkoholfreien Kultur muß aus dem Wesen des Volkes heraus erreicht werden. Die trübe Ahnung des Verf., daß nach dem Kriege ein Wiedererstarken des Alkoholismus eintreten wird, ist inzwischen überreichlich in Erfüllung gegangen.

Die Zunahme des Morphinismus wird von *Kahn* (38) betont. Er führt aus, daß im Kriege nicht nur den Verwundeten, sondern auch Nervösen und Erschöpften



ritiklos Morphium gegeben ist. Auch Ärzte, Krankenpfleger und Schwestern sind ielfach der Versuchung erlegen und haben nachher an der Verbreitung des Morhinismus tatkräftig geholfen. Verf. bedauert, daß es keine Entmündigung wegen lorphinismus gibt, auch wäre es gut, wenn morphiumsüchtigen Ärzten die Erubnis zur Ausübung der Praxis entzogen würde. Sehr wünschenswert wäre es, enn die gesamte Fabrikation und der Verkauf aller in Frage kommenden Gifte renger beaufsichtigt werden könnte. Für Rezepte schlägt Verf. die Gegenzeichnung urch einen Amtsarzt vor.

Auch *Glaserfeld* (25) schildert die zunehmende Verbreitung des Kokainismus. ı Groß-Berlin hat diese Seuche enorm um sich gegriffen, nachts wird das Gift on Verkäufern auf der Straße angeboten, auch von Portiers und Kellnerinnen erkauft. Das Kokain wird von den Kranken nicht subkutan injiziert, sondern als chnupfpulver genommen; auf diese Weise wird eine sehr rasche Wirkung erzielt. charfe Beaufsichtigung der Apotheken und Drogerien müßte zur Eindämmung ieser Volksseuche genügen.

b) Infektionskrankheiten.

E. Meyer (54) hat 43 Fälle von Psychosen und Neurosen nach Grippe zummengestellt. Von diesen waren 13 als exogen bedingte, als symptomatische sychosen aufzufassen. Weitere 13 Beobachtungen betrafen vorwiegend nervöse törungen ohne schwerere psychotische Erscheinungen. Manisch-depressives resein wurde 4 mal, Dementia praecox 13 mal beobachtet. Unter den Erkrankten efanden sich 28 Frauen und 15 Männer. Nach einer freien Zwischenzeit bzw. in inem Rekonvaleszenzstadium kamen im ganzen 10 Fälle zur Entwicklung. Bei er großen Neigung der Grippe, das Nervensystem zu beeinflussen, ist man berechigt, ihr auch für die Auslösung bzw. Verschlimmerung der Psychosen eine höhere edeutung als den meisten körperlichen Erkrankungen beizumessen.

Unter 24 von *Runge* (62) veröffentlichten Fällen von Psychosen bei Grippe ehörten 7 der Amentiagruppe an, 3 waren delirante Psychosen, 1 infektiöser chwächezustand, 3 apathische Zustände, 6 Depressionen, 2 Psychosen psychogenen epräges und 2 Katatonien. Es kommen also, wie auch eine Zusammenstellung er Literatur erweist, Fälle von Amentia zusammen mit den deliranten Krankeitsbildern bei der Grippe am häufigsten vor. An zweiter Stelle stehen die Deressionszustände. Am meisten gefährdet erscheinen Personen im Alter von über 0 Jahren, bei der letzten Epidemie war das weibliche Geschlecht erheblich stärker rgriffen als das männliche. Psychosen im Initialstadium der Grippe sind äußerst elten, febrile waren in der letzten Epidemie häufiger wie postfebrile. Spezifische rippepsychosen gibt es nicht, doch erhalten die hierher gehörenden Geisteskrankeiten durch die allgemein vorherrschende, stark depressive Affektlage sowie die usgesprochenen nicht seltenen Depressionszustände eine spezifische Färbung. Die rognose ist im allgemeinen günstig.

Auf Grund von 19 Beobachtungen entwirft *Kleist* (41) ein Bild der Influenzasychosen. Klinisch waren 3 Dämmerzustände, 4 Delirien, 1 Halluzinose, 1 Verirrtheit, 3 hyperkinetische Erregungen, 2 Fälle von Stupor und 5 Depressions-



zustände zu unterscheiden. Auf Grund der histopathologischen Befunde lassen sich zwei Arten von Influenzapsychosen trennen. Meist handelt es sich um toxisch-infektiöse Enzephalopathien, seltener um eine infektiöse Meningoenzephalitis. Unter den Symptomenkomplexen überwiegen die heteronomen Bilder — Dämmerzustände und Delirien — bedeutend gegenüber den homonomen. Die grippösen Psychosen nehmen gewöhnlich einen kürzeren, die postgrippösen meist einen längeren Verlauf. Wesentliche Unterschiede im Symptomenbilde der grippösen und der postgrippösen Psychosen bestanden nicht, doch waren Delirien und Halluzinose häufiger unter den grippösen Erkrankungen. Depressive Verstimmung ist eine fast regelmäßige Begleiterscheinung der Influenzapsychosen. Eine Rolle bei der Entstehung der Grippepsychosen spielen die verschiedenen Konstitutionsanomalien wie Imbezillität usw., doch gibt es außerdem noch eine spezifische Veranlagung zu Infektionspsychosen, die vorzugsweise individuell, aber auch familiär (bei Geschwistern) auftritt.

Siebert (70) unterscheidet vier Arten von Affektionen des Nervensystems durch akute Infektionskrankheiten, speziell durch die Grippe. Es kommen vor: 1. Rein psychotische Störungen. 2. Psychotische Störungen, verbunden mit meningitischen oder enzephalitischen Prozessen. 3. Allgemeine Neurosen. 4. Affektionen peripherischer Nerven. Interessant ist die Feststellung, daß von russischen Kriegsgefangenen, die 1918 zu Schiff in die Heimat zurückkehren sollten, 100 an Grippe erkrankten und zwar ausnahmslos an einer sehr schweren Form. Von diesen starben 30 Personen, überaus kräftige, sonst gesunde Leute. Verf. hat 5 von diesen beobachtet, alle zeigten vom Beginn an psychotische Symptome, zu denen sich meningitische Erscheinungen gesellten. Erkrankungen der peripheren Nerven wurden unter 25 Fällen nur 4 mal gefunden. Die Schädigungen traten hier schon während des Fieberprozesses auf; einmal war die Neuritis in ähnlicher Form bei zwei Geschwistern aufgetreten.

Marcus (51) berichtet über die Influenzaepidemie in Schweden 1918/19. Es ist ihm aufgefallen, daß gerade in der ersten Zeit viele Fälle die nervöse Form zeigten, und daß auch gewisse Gruppen von gleichartigen Fällen gleichzeitig zu beobachten waren. Verf. bringt eine Reihe von Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, daß gewisse Nerven für den Infektionsstoff besonders empfänglich sind, insbesondere der Ulnaris, Peroneus, Fazialis, Abducens und Vestibularis. Epileptische Zustände nach Grippe kommen gelegentlich vor, dagegen sind organische Herdsymptome seitens des Gehirns selten. Psychische Störungen wurden häufig beobachtet, ebenso neurasthenische Zustände. In 6 Fällen konnte eine mirkroskopische Untersuchung des Gehirns vorgenommen werden. Es fand sich eine Infiltration der Pia, starke Hyperämie in Rinde und Mark und hyalines Aussehen der Kapillaren in der Rinde. In 3 Fällen waren aber die Veränderungen in der Rinde nur sehr unbedeutend, während sich im Mark und den großen Ganglien neben den Gefäßveränderungen noch Blutungen und deutliche Degenerationsherde fanden. Die Ganglienzellen waren wenig betroffen, doch waren akute Veränderungen zu sehen, auch Trabantzellen waren oft vorhanden. Aus diesen Befunden geht her-

r, daß die Komplikationen bei Influenza schwerer sind als bei anderen Infektions-ankheiten.

Eine Zusammenstellung der Nachkrankheiten nach Seuchen unter besonderer rücksichtigung der nervösen hat *Bresler* (12) gemacht. Er kommt nach eingehender sprechung der in Frage kommenden Erkrankungen zu dem Schluß, daß bei uchen nicht nur Disponierte von nervösen Nachkrankheiten befallen werden. kommen nach Diphtherie so viele Lähmungen vor, daß man von einer Dis-sition nicht mehr sprechen kann. Ähnlich verhält es sich bei Grippe und Typhus, er befällt die Krankheit an sich schon gesunde, junge Personen. Es wird sich hwer entscheiden lassen, wo die Disposition des Erkrankten anfängt, und wo die ffinität des Toxins zum Nerven beginnt. Manche ätiologisch dunkle Geistes- und ervenkrankheiten sind vielleicht infolge latenter, mild verlaufender Seuchen ent-anden.

Schäfer (63) hat 4 Fälle von nervös-psychischen Störungen nach Malaria schrieben. Die Untersuchung von 14 weiteren an Malaria leidenden Kranken gab, daß alle über Mattigkeit und leichte Erschöpfbarkeit klagten, außerdem izbar und schreckhaft waren. Ferner waren leichter Stimmungswechsel, Ab-stumpftheit, Vergeßlichkeit und Störung der Merkfähigkeit vorhanden. Das tudium dieser Symptome ist jedenfalls für die Beurteilung der nach Malaria rückbleibenden Folgen sehr wichtig.

Licen (48) fand in mehreren Fällen von Fleckfieber Infiltrate in den Meningen nd Wucherung in den Endothelzellen. In einigen Kapillaren des Zentralnerven-ystems lagen Endothelzellen mit abgerundetem Kern und basophilem Plasmaleib, elche in das Lumen hineinragten. Möglicherweise entstehen aus ihnen die Plasma-ellen. Im Gehirn und Rückenmark befanden sich zahlreiche Herde aus gewucherten liazellen, die mit den Kapillaren in Verbindung standen. Auch die Gefäßwand-ellen schienen an der Bildung dieser Knötchen beteiligt zu sein. Die Achsen-ylinder im Bereich der Knötchen waren in beträchtlicher Anzahl erhalten, während ie Markscheiden fast ganz untergegangen waren. Die Glia war gewuchert, gliogene täbchenzellen und strauchartige Gliawucherungen waren vorhanden. Auch im schiadicus waren scharf abgegrenzte Knötchen zu sehen, ihre zentrale Partie chien aus gewucherten Gefäßwandzellen zu bestehen, während mehr peripher die chwannschen Zellen sich an dem Aufbau zu beteiligen schienen. Außerdem waren ymphoblastische Elemente und Leukozyten in wechselnder Menge vorhanden.

c) Andere Gifte.

Hübner (33) hatte Gelegenheit, einen Fall mit multiplen Lähmungserschei-ungen nach Tollwutimpfung zu beobachten. Der Pat. bekam eine Diplegia facialis, ine Affektion des motorischen und sensiblen Trigeminus, leichte Schluckstörungen Parästhesien in beiden Beinen und Druckschmerzhaftigkeit im Ischiadikus, rechten Tibialis und linken Ulnaris. Außerdem waren psychische Veränderungen, wie gedrückte Stimmung, Unlust zur Arbeit, unbegründetes Mißtrauen vorhanden. Nach 2 Monaten fast völlige Heilung. Es handelt sich hier, da der Hund nicht wutkrank war, um einen reinen Fall von Störungen nach der Impfung.



In drei weiteren Fällen traten leichte psychische Symptome auf. Müdigkeit, Unlust zur Arbeit, Verlangsamung des Denkens, rasche Ermüdbarkeit, Unruhe, Angstgefühl, Reizbarkeit und Mißtrauen waren die hervorstechendsten Erscheinungen. Nach 3—4 Monaten waren die Hauptsymptome geschwunden. Es handelte sich um hyperästhetisch-emotionelle Schwächezustände infolge der Giftwirkung, nicht um Krankheiten, die dem Gebiete der Hysterie angehören.

Pelser (59) behandelt auf Grund eigener Fälle und erschöpfender Heranziehung der gesamten Literatur die Klinik, Kasuistik und Pathogenese der nervösen und psychischen Störungen im Gefolge der Wutschutzimpfung. Er kommt zu dem Resultat, daß Lähmungen nach Wutschutzimpfung zwar eine Seltenheit sind, aber doch häufiger vorkommen als angegeben worden ist. Auf Grund der Analyse von 200 Fällen konnten Paraparesen bzw. Paraplegien der Beine auf der Basis einer Meningomyelitis dorsolumbalis in 57 % der Beobachtungen festgestellt werden. Aufsteigende Lähmungen im Sinne einer Landryschen Paralyse waren in 29 %, neuritische Formen in 12 % vorhanden. Die psychischen Formen können das Bild einer progredienten Psychose bieten oder unter den Symptomen der emotionellen hyperästhetischen Schwächezustände in Heilung ausgehen. Die Impflähmungen haben eine kürzere Inkubationsdauer als die Lyssa. Die Prognose ist gut, nur bei den aufsteigenden Lähmungen sind 50 % Todesfälle vorhanden. Bei den nervösen und psychischen Störungen nach Wutschutzimpfung handelt es sich meist um eine Impflyssa. Das Vorkommen abortiver Lyssa ohne vorausgegangene Impfung ist noch nicht einwandfrei erwiesen.

Breitung (11) bringt zwei Fälle von Leuchtgasvergiftung, die von psychischen Erkrankungen gefolgt war. Beide Male setzte die eigentliche Psychose erst einige Zeit nach der Vergiftung ein, doch war dies Intervall nicht völlig frei. Beide Fälle waren ausgesprochen stuporös, Konfabulationen waren nicht vorhanden. Es trat völlige Heilung ein.

Guldmann (27) beschreibt einen Fall von Leuchtgasvergiftung bei einer 69jähr. Frau. Hier machten sich rasch psychische Störungen leichter Art bemerkbar, die nach einigen Tagen verschwanden. Dann trat ein Anfall von Bewußtlosigkeit ein und daran anschließend eine allgemeine fortschreitende Demenz, die im Laufe von 5 Wochen zum Tode führte. Ein apoplektischer Insult war nicht nachzuweisen.

Fleischer (21) konnte bei einem 22jähr. Mädchen, das 10 g Veronal genommen hatte, abwechselnd sehr enge und sehr weite Pupillen feststellen, während Reaktion auf Lichteinfall und Kornealreflex fehlten. Nach 36 Stunden erholte sich die Pat. vollständig.

Ewald (20) veröffentlicht einen Fall von Jodoformpsychose bei einem 18jähr. Dienstknecht, der an Empyem nach Grippe operiert war. Es traten zuerst Beeinträchtigungsideen auf, ferner nächtliche Unruhe, Ratlosigkeit, heftige Weinanfälle, haltloses Lachen, später Grimassieren und zeitweise fast komatöse Apathie. Dazu kamen Personenverkennungen, illusionäre Umdeutung der Gegenstände und Vorgänge der Umgebung und starke assoziative Störungen. Zeitweise standen auch somatische Vergiftungserscheinungen im Vordergrund, starker Speichelfluß, Ge-



ickschmerzen und konvulsivische Zuckungen der gesamten Körpermuskulatur. lach 4 Tagen verschwanden diese motorischen Symptome; dafür machten sich ɜtzt echte Halluzinationen bemerkbar. Nach 14 Tagen trat eine Besserung ein, och bestand nach 6 Wochen noch eine hyperästhetisch-emotionelle Schwäche mit :arker geistiger Ermüdbarkeit. Jod war 14 Tage lang im Urin nachweisbar. Es andelte sich in diesem Falle wohl um eine Mischform der beiden Arten der Jodoɔrmpsychose, nämlich der akuten Verwirrtheit und der komatös-meningitischen 'orm. Charakteristisch ist vielleicht das sehr stark ausgeprägte Grimassieren.

Über Dialzibismus, die Vergiftung mit Dial, das in Basel als Schlafmittel .ergestellt wird, schreibt *Christoffel* (16). Wenn auch noch keine tödlich verlaufende 'älle bekannt geworden sind, so sind doch Vergiftungen keine Seltenheit. Subɘktiv tritt starkes Lähmungs- und Schwindelgefühl, Augenflimmern und Ohrenausen auf. Die Untersuchung ergibt lebhafte Sehnenreflexe im Exzitationsstadium, .ußerdem muskuläre Schwäche und Inkoordination besonders taumelnden Gang ınd zitternde, lallende Sprache. Im Koma besteht Pupillenerweiterung, Anisokorie ınd Fehlen der Sehnenreflexe. Charakteristisch scheint der Wechsel von komaösen und Exzitationsstadien zu sein. Von Sinnestäuschungen stehen optische im 'ordergrund.

7. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Allers, Rudolf* (München), Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. (Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 281. (S. 128*.)
2. *Baum*, Pathologische Anatomie der luetischen Psychosen. The neurol. and cutan. review 24, p. 147.
3. *Beck, D. J.* (Enschede), Zwang und Depression. Eine klin. Studie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, S. 273. (S. 122*.)
4. *Behrens, Max* (Rostock-Gehlsheim), Chronische paranoide Erkrankungen bei perniziöser Anämie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 215.
5. *Benon, R.*, Les alterations d'excitation et de dépressions. Dysthymie constitutionelle et psychose périodique. Revue neurol. 27, no. 1.
6. *Beyer, Hans* (Jena), Über die Ergebnisse der psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen auf einer Krankensammelstelle. Mtschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 47, S. 335.
7. *Bickel, Heinrich* (Bonn), Über die Entstehung der Trugwahrnehmungen. Mtschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 48, S. 307.
8. *Derselbe*, Über affektive und intellektuelle Wahnideen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psyc.h. Orig. Bd. 58, S. 94.



9. *Bierende, Fritz* (Elberfeld), Ein Fall von Schwangerschaftspsychose ohne Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 46, S. 1421.
10. *Binswanger, Kurt* (Kreuzlingen), Über schizoide Alkoholiker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 127. (S. 128*.)
11. *Bleuler, E.* (Zürich), Schizophrenie und psychologische Auffassungen. Zugleich ein Beispiel, wie wir in psychologischen Dingen aneinander vorbeireden. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 135.
12. *Bohnen, Paul* (Rostock-Gehlsheim), Beiträge zur Kenntnis der Involutionspsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 451.
13. *Borberg, N. C.* (Kopenhagen), Psykose og intern sekretion. Bibliothek for läger 1918. Autoreferat. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 20, S. 141.
14. *Bostroem, A.* (Rostock-Gehlsheim), Die expansive Autopsychose durch autochthone Ideen (*Wernicke*) und ihre klinische Stellung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 213. (S. 134*.)
15. *Boven, William*, Caractère individuel et aliénation mentale. Observations sur les rapports du caractère individuel de l'enfant avec le genre et variété de la psychose ultérieure chez diverses aliénés. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. vol. 6, p. 317.
16. *Bregmann, L. E.* (Warschau), Die Schlafstörung und ihre Behandlung. Berlin, S. Karger. 136 S.
17. *Breitung, H.* (Roda, S.-A.), Ein Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 273.
18. *Bry, Gertrud* (Breslau), Akute Psychose nach langjährigem Schlafmittelmißbrauch (Codeonal Somnacetin). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 111.
19. *Bürger, Leopold* (Berlin), Die Bedeutung exogener Faktoren für die Entstehung der Schizophrenie. Deutsche Med. Wschr. Jahrg. 46, S. 1251. (S. 128*.)
20. *Bumke, Oswald* (Breslau), Die Spielweite der Symptome bei manisch-depressivem Irresein und bei den Degenerationspsychosen. Eine persönliche Bemerkung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 369. (S. 123*.)
21. *Catola* und *Simonelli*, Über Grippepsychosen. Rassegna di studi psich. vol. 9, p. 3.
22. *Clark, S. K.*, The make-up of atypical cases of manic-depressive insanity. Journ. of nerv. and mental disease vol. 45, no. 5.
23. *Craemer, Otto*, Zur Psychopathologie der religiösen Wahnbildung. Inaug.-Diss. Jena.
24. *Cramer-Ehrenfried* (Kottbus), Über den Zusammenhang zwischen Augenunfällen und Geisteskrankheit, erläutert an einem Gutachten. Mtschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1920, Nr. 12.



25. *Dobnigg* und *Economo, C. von* (Wien), Die hereditäre Belastung der Dipsomanen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 383.
26. *Donath, J.* (Budapest), Vasomotorische Psychoneurose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, H. 1 u. 2.
27. *Elmiger, J.* (St. Urban, Kt. Luzern), Beobachtungen über schizophrene Heredität. Psych.-neurol. Wschr. 1920/21, S. 231. (S. 129*.)
28. *Epstein, Ladislaus* (Budapest-Angyalföld), Beiträge zur Pathogenese der krankhaften Simulation von Geistesstörung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 76.
29. *Erben, Siegmund* (Wien), Diagnose der Simulation nervöser Symptome auf Grund einer differentialdiagnostischen Bearbeitung der einzelnen Phänomene. Ein Lehrbuch für Praktiker. 2. Aufl. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 254 S.
30. *Ewald, Gottfried* (Erlangen), Die Jodoformpsychose und ihre Stellung innerhalb der exogenen Prädilektionstypen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 125.
31. *Derselbe*, Die Abderhaldensche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ergebnisse in der Psychiatrie. Berlin, S. Karger. 1920. 209 S.
32. Dasselbe, Habilitationsschrift Erlangen, 1920.
33. *Flournoy, H.*, Délire d'interprétation an début. (A propos de la théorie évolutive et causale des psychoses.) Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 1.
34. *Fränkel, Fritz* (Berlin), Über die psychopathische Konstitution bei Kriegsneurosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 287.
35. *Friedmann*, Über die Natur der Zwangsvorstellungen und ihre Beziehungen zum Willensproblem. Wiesbaden, C. F. Bergmann. 102 S.
36. *Galant, S.* (Bern-Belp), Entwicklungsgeschichte einer Katatonie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, S. 275. (S. 129*.)
37. *Derselbe*, Algohallucinosis. Berlin, August Hirschwald. 221 S. (S. 129*.)
38. *Gamper, Eduard* (Innsbruck), Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Psychosen im Rückbildungsalter und zur Frage der Wahnbildung aus überwertigen Ideen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 40 S. 109.
39. *Gaupp, R.* (Tübingen), Der Fall Wagner. Eine Katamnese, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 60, S. 312.
40. *Gelma, Eugène*, Etude à l'aide de photographies d'un cas de simulation des troubles mentaux pendant la guerre. Revue neurol. 1920, no. 3.
41. *Günther, Jos.* (Suttrop i. W.), Zur Behandlung von Psychosen mit großen Aderlässen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 320.
42. *Hahn, R.* (Frankfurt a. M.), „Verdrängung" bei nicht hysterischen Depressionszuständen. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 61, S. 735.
43. *Derselbe*, Beiträge zur Psychologie des Vorbeiredens, mit besonderer Be-



rücksichtigung des kindlichen Verhaltens. I. Falsch benennen von Farben. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 317.

44. *Derselbe*, Beiträge zur Psychologie des Vorbeiredens mit besonderer Berücksichtigung des kindlichen Verhaltens. II. Falschbezeichnen von Bildern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 122.

45. *Hansen*, *Sören*, Dementia praecox und Retinitis pigmentosa. Hospitalstidende 1920, no. 27. (Dänisch.)

46. *Hartogh*, *J. de*, Psychose und innere Sekretion. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 64 (II), S. 2465.

46a. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg), Über diagnostische Cutanreaktionen bei Dementia praecox. Vortrag. Südw. Psych. Versammlung, Karlsruhe. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 23, S. 239.

47. *Hauck*, *Karl* (Breslau), Gynäkologische Untersuchungen bei Schizophrenen. Inaug.-Diss. Breslau. 24 S. (S. 130*.)

48. Dasselbe. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 230.

49. *Herschmann*, *Heinrich* und *Paul Schilder* (Wien), Träume der Melancholiker nebst Bemerkungen zur Psychopathologie der Melancholie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, S. 130.

50. *Heuck*, *Hermann* (Rostock-Gehlsheim), Raynaudsche Krankheit und periodische Melancholie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, S. 408.

51. *Hoche*, *Alfred* (Freiburg i. B.). Die Ursache bei Geisteskrankheiten. Med. Klin. 1920, S. 1.

52. *Hoffmann*, *Hermann* (Tübingen), Inzuchtergebnisse in der Naturwissenschaft und ihre Anwendung auf das manisch-depressive Irresein. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 92. (S. 123*.)

53. *Hudovernig*, *K.*, Einfluß des Krieges auf die psychischen Erkrankungen. Gyógyászat 1920. Nr. 1—4.

54. *Jacobi*, *W.* (Jena), Das Dementia-praecox-Problem im Lichte der interferometrischen Methode. Vortrag. Vers. Mitteldeutscher Psych. u. Neurologen. Jena, Oktober 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 24, S. 117. (S. 130*.)

55. *Jacobi*, *W.* (Jena), Über therapeutische Versuche mit menschlichem Normalserum bei Dementia-praecox-Kranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 94. (S. 135*.)

56. *Jakob*, *A.* (Hamburg-Friedrichsberg), Die Bedeutung der Histopathologie des Zentralnervensystems für die Erforschung der Geisteskrankheiten. Münch. med. Wschr. Nr. 67, S. 875.

57. *Jaspers*, *Karl* (Heidelberg), Allgemeine Psychopathologie für Studierende, Ärzte und Psychologen. 2. Aufl. Berlin, Jul. Springer. 415 S.

58. *Ichok*, *G.*, Die tuberkulöse Psychoneurose. Ztschr. f. Tuberkulose Bd. 31. H. 6.



59. *Jörgensen*, *Karl* (Frederiksborg), Bromsalzwasser bei psychischen Exaltationszuständen. Hospitalstidende Nr. 4.

60. *Isham*, *Mary K.*, Some mechanismes of paraphrenia. The Amer. journ. of insan. vol. 77, p. 91.

61. *Isserlin*, *M.* (München), Irresein und Hirnverletzungen (Demonstration). Aus den wissenschaftl. Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Referat. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 23, S. 195.

62. *Juliusburger*, *Otto* (Berlin-Schlachtensee), Über die Hypnotika Dial und Dialazetin. Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 1335. (S. 123*.)

63. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Blutforschung und Geisteskrankheiten. Med. Klin. Nr. 13, S. 329.

64. *Kahler*, *H.* (Wien). Ein Fall von Narkolepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 67, S. 620.

65. *Kahn*, *Eugen* (München), Referat über den sensitiven Beziehungswahn und die mehrdimensionale Diagnostik Kretschmers. Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Referat. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 20, S. 69. Polemisches dazu, Orig. Bd. 57, S. 257.

66. *Kiernan*, *Jac. G.* (Chicago, Ill.), Emotional exaltation as a remedy for obsessional palsy. A study of the Barrett-Browning courtship. The Amer. journ. of insan. vol. 77, p. 75.

67. *Kirschbaum* (Hamburg), Endogene Psychose und Asthma. Vortragsbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, S. 65.

68. *Kitabayashi*, *S.*, Zur Heterotopie der Plexus choroidei. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 1. (S. 131*.)

69. *Derselbe*, Die Plexus choroidei bei organischen Hirnkrankheiten und bei der Schizophrenie. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 1/2.

70. *Kittel*, *W.* (Göttingen), Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung querulatorischer Zustandsbilder. Ärztl. Sachv.-Ztg. Bd. 26, S. 233.

71. *Kleist*, *Karl* (Erlangen). Autochthone Degenerationspsychosen. Vortrag. 86. Vers. Deutscher Naturforscher u. Ärzte, Mannheim, Sept. 1920. Bericht: Neurol. Zentralbl. Bd. 39, S. 743.

71a. *Kleist*, *Karl* (Frankfurt a. M.), Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Monographie aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie. Berlin, J. Springer. 1920. 55 S.

72. *Klieneberger*, *Otto* (Königsberg i. Pr.), Diabetes und Psychose. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 351. (S. 134*.)

73. *Körtke*, *H.* (Langenhorn), Serologische Untersuchungen der Geisteskranken der Staatsanstalt Langenhorn in bezug auf die Erhöhung des antitryptischen Vermögens und die Abderhalden-Fausersche Dialysierreaktion sowie auf die Beziehung zwischen beiden. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 148. (S. 135*.)



74. *Krabbe, Knud H.* (Kopenhagen), Early synostosis of the epiphyses with dwarfism in pubertas precox. Endocrinology, 1919, vol. III, p. 459. Los Angeles, California.

75. *Kraepelin, E.* (München), Krieg und Geistesstörung. Münch. med. Wschr. Nr. 67, S. 1235.

76. *Krisch, Hans* (Greifswald), Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose. (Abh. aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgeb. Herausgegeben von Bonhoeffer. H. 9.) Berlin, S. Karger. 70 S. (S. 136*.)

77. *Künkel, F. W.* (Eberswalde), Die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, S. 254. (S. 131*.)

78. *Künzel, Werner* (Waldheim i. S.), Kubismus und Geisteskrankheit. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, S. 395. (S. 137*.)

79. *Küppers, E.* (Freiburg i. B.), Zur Psychologie der Dementia praecox. Vortrag. 45. Wandervers. Südwestd. Neurologen u. Irrenärzte, Baden-Baden, Juni 1920. Bericht: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 21, S. 349.

80. *Lägel, Karl* (Arnsdorf i. S.), Betrachtungen über den inneren Zusammenhang der katatonischen Krankheitserscheinungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 314.

81. *Larsen, Erik* und *Henry Lind*, Die Koagulationszeit des Blutes bei einigen Geisteskrankheiten. (Aus der Irrenanstalt bei Aarhus). Hospitalstidende Nr. 14.

82. *Leonhardi, Bruno*, Über einen Fall vom Übergang der Paranoia chronica in Katatonie mit konsekutiver Heilung. Inaug.-Diss. Leipzig.

83. *Lessing, Oskar* (Berlin), Innere Sekretion und Dementia praecox. Berlin, S. Karger. 63 S.

84. *Levi-Bianchini, M.* (Nocera superiore), Negativismo mnesico e negativismo fasico. Contributo allo studio psico analitico della „conversione“ nelle demenze endogene (primitive). Archivio gen. di neuroglia e psich. vol. I, fasc. 2. (S. 131*.)

85. *Liebermeister, G.* (Düren), Tuberkulose und Psychose. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 39, S. 776.

86. *Löwenstein, Otto* (Bonn), Experimentelle Beiträge zur Lehre von den katatonischen Pupillenveränderungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 194. (S. 132*.)

87. *Derselbe*, Über den Nachweis psychischer Vorgänge und die Suggestibilität für Gefühlszustände in Stupor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 304. (S. 132*.)

88. *Lunderstedt, Karl*, Über einen Fall von besonderer Wahnbildung (Zoanthropie) bei Involutionsparanoia. Inaug.-Diss. Leipzig.

89. *Margulies, Max* (Hermsdorf b. Berlin), Dämmerzustände eines homosexuellen Neurotikers. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin 1920, S. 226.



90. *Maschmeyer* (Göttingen), Über Paraphrenie. Vortrag. Vers. der Irren- und Nervenärzte Niedersachsens in Hannover, Juni 1920. Bericht: Neurol. Zentralbl. 39, S. 680, u. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 424.
91. *Maut, Nelly*, Über Psychosen nach Influenza. Inaug.-Diss. Kiel.
92. *Mayer, Edward E.* (Pittsburgh, Pa.), An dissociated personality. With an analysis of its psychological problems. American journ. of insan. vol. 76, 4. April 1920.
93. *Mayer-Gross, W.* (Heidelberg), Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 160.
94. *Mendicini, Antonio* (Roma), La respirazione nelle melancolia durante il sonno. Archivio generale di neuroglia e psich. vol. I, p. 194.
95. *Menninger*, Paranoid psychosis. Journ. of nerv. dis. 1920. no. 1.
96. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.), Psychosen und Neurosen bei und nach Grippe. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, S. 347.
97. *Derselbe*, Zur Frage des künstlichen Aborts bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd, 76, S. 637.
98. *Derselbe*, Zur Frage des künstlichen Aborts bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Sitzungsbericht Neurol. Zentralbl. Bd. 37, S. 624.
99. *Mörchen, F.* (Wiesbaden), Über Pseudopsychosen. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. 39, S. 775.
100. *Mott, F. W.*, Studies in the pathology of dementia praecox. Proceed. of the roy. soc. of med. XIII, nr. 8.
101. *Muller, F. P.*, Die Insuffizienztheorie der Dementia praecox, geprüft an einem Fall dieser Krankheit. Psych. en Neurol. Blaaden 24, S. 255.
102. *Münzer, Arthur* (Charlottenburg), Zur Psychologie und Psychopathologie der Pubertät nebst einigen Bemerkungen über die innersekretorischen Funktionen der Keimdrüsen. Berl. klin. Wschr. 1920, Nr. 15.
103. *Muralt, Alex. von* (Zürich), Analyse eines Grippedelirs. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 519.
104. *Derselbe*, Ein Pseudoprophet. Eine psychoanalytische Studie. München, Ernst Reichert. 84 S.
105. *Neumann* (Naumburg), Ein Beitrag zur Massenpsychose. Ztschr. f. Medizinalbeamte 1920, Nr. 15.
106. *Nussen, Bruno* (Hütteldorf-Hacking), Über einen Fall von Polyneuritis mit Korsakowscher Psychose nach einer Streptokokkeninfektion. Med. Klin. 1920, Nr. 27.
107. *Obersteiner, H.*, Ermordung des eigenen Stiefsohnes im Delirium nach Influenza. Arch. f. Kriniminalogie Bd. 71, S. 290.
108. *Oppen, Minna*, Ein Beitrag zur Beurteilung paranoider Zustände bei Epilepsie. Inaug.-Diss. Heidelberg.
109. *Pekelsky, A.*, Beitrag zur Kasuistik des Infektionsdeliriums bei Typhus. Časopis českych lékaruv Bd. 59, S. 385.



110. *Pelser, W. A.* (Bonn), Zur Klinik, Kasuistik und Pathogenese der nervösen und psychischen Störungen im Gefolge der Wutschutzimpfung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referat u. Erg. Bd. 22, S. 1.

111. *Pfeilschmidt, Waldemar* (Dresden), Über einen Fall von chronischer Manie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, S. 560. (S. 123*.)

112. *Pighini*, Cervelle nella demenza precoce. Riv. sperm. di Fren. vol. 44, fasc. 1 u. 2.

113. *Pilcz, A.* (Wien), Wiederholte Desertion, krankhafter Wandertrieb bei periodischen Verstimmungszuständen. Wien. med. Wschr. Nr. 70. S. 186.

114. *Derselbe*, Aus der kriegspsychiatrischen Praxis. Psych.-neurol. Wschr. 22, S. 7.

115. *Plaut, Felix* (München), Über Unterschiede in der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei verschiedenen Geisteskrankheiten. (Aus den wissenschaftl. Sitzungen der deutschen Forschungsanstalt f. Psych. in München). Referat.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 20, S. 226. (S. 123*.)

116. *Poensgen, F.* (Kiel), Der Geisteszustand der Gebärenden. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 51, S. 851.

117. *Popper, Erwin* (Prag), Über Schmerzgefühl bei Oligophrenen. Neurol. Zentralbl. Bd. 39, S. 13.

118. *Derselbe*, Der schizophrene Reaktionstypus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 194.

119. *Derselbe*, Zur Psychopathologie der Fugue. (Kasuistischer Beitrag nebst Bemerkungen über die Pseudologia phantastica und verwandte Krankheitsbilder.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 173.

120. *Derselbe*, Zur Differentialdiagnose schizophrener und hysterischer Zustandsbilder. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 362. (S. 132*.)

121. *Potts*, Witch craze in Salem. Arch. of neur. and psychiat. vol. 3, no. 5.

122. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Therapie der Geisteskrankheiten. Therapeut. Mtschr. Bd. 34, H. 3 u. 4.

123. *Ranzow*, Ernst (Rostock-Gehlsheim, Über Migränedämmerzustände und periodische Dämmerzustände unklarer Herkunft. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 98. (S. 137*.)

124. *Rawlings, Eva* (Talmaga, Cal.), The histological findings in Dementia praecox. The Amer. journ. of insan. vol. 76, p. 265.

125. *Recktenwald, Johannes* (*Merzig*), Über einen familiären fortschreitenden Muskelschwund in Verbindung mit schizophrener Verblödung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, S. 203. (S. 133*.)

126. *Recktenwald, Johannes* (Andernach),[1] Epilepsieartige Krampfanfälle im Verlaufe der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.. Orig. Bd. 58, S. 79. (S. 133*.)

127. *Rehm, Otto* (Bremen-Ellen), Gesichtsfelduntersuchungen an manisch-



melancholischen Kranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 154. (S. 123*.)

128. *Reichardt*, *Martin* (Nürnberg), Die seelisch-nervösen Störungen nach Unfall. Vorschlag zu einer einheitlichen Begutachtung. Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 89.

129. *Rinderknecht*, *Gertrud* (Zürich), Der kriminelle Heboide. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 35.

130. *Rittershaus*, *E.* (Hamburg-Friedrichsberg), Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zu organischen Hirnkrankheiten und zur Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 10. (S. 124*.)

131. *Derselbe*, Manisch-depressives Irresein und Hysterie. Vortrag. Verein Nordd. Psychiater, Kiel 1920. Referat: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 24, S. 82.

132. *Röper*, *E.* (Hamburg), Leichtere geistige Störungen nach Kopfschüssen. Neurol. Zentralbl. Bd. 39, S. 721.

133. *Rosenfeld*, *M.* (Straßburg i. E.), Zur klinischen Diagnose der Hirnschwellung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 3.

134. *Rosenthal*, *Stephan* (Heidelberg), Über Anfälle bei Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 168.

135. *Runge*, *W.* (Kiel), Über Psychosen bei Grippe. Ein Beitrag zur Frage der Pathogenese und nosologischen Stellung der Infektionspsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, S. 1 u. 305.

136. *Derselbe*, Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Gesunden und Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 953. (S. 137*.)

137. *Sacristan*, Ataques epil. en la esquizofrenia. Archivos de Neurobiol. no. 1.

138. *Sagel*, *Wilhelm* (Arnsdorf i. S.), Intrakutane Eiweisreaktion bei Katatonie und Hebephrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, S. 312. (S. 133*.)

139. *Schade*, *H. J. M.* ('s Hertogenbosch), Psychiatrische Prognose. Tijdschr. voor Geneesk. 20. März.

140. *Schaefer*, *Otto* (Straßburg i. E.), Über nervös-psychische Störungen im Verlauf der Malaria. Arch. f. Psych. Bd. 61, S. 543. (S. 137*.)

141. *Schmidt*, *Rudolf*, Querulantenwahn oder Verschrobenheit. Inaug.-Diss. Bonn.

142. *Schneider*, *Karl* (Leipzig), Über Zoanthropie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 269.

143. *Schneider*, *Kurt* (Cöln), Zur Frage des sensitiven Beziehungswahns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 51. (S. 128*.)

144. *Derselbe*, Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 281. (S. 125*.)



145. *Schröder, P.* (Greifswald), Über einen Fall von langdauerndem Dämmerzustand. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Bd. 46, S. 647.

146. *Derselbe*, Die Spielweite der Symptome bei manisch-depressivem Irresein und bei den Degenerationspsychosen. (Abh. aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Herausgegeben von Karl Bonhoeffer, H. 8.) Berlin, S. Karger. 59 S. (S. 125*.)

147. *Derselbe*, Degenerationspsychosen und degeneratives Irresein. Vortrag. Jahresvers. des Vereins Deutscher Psychiater, Hamburg-Friedrichsberg, 27. u. 28. Juni 1920. Bericht: Neurol. Zentralbl. Bd. 39, S. 681.

148. *Derselbe*, Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 119. (S. 137*.)

149. *Derselbe*, Degenerationspsychosen und degeneratives Irresein. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 638.

150. *Schulhof, Fritz*, (Wien-Steinhof), Assoziation und Aktivität. Ein Erklärungsversuch einiger Psychosen. Jahrb. f. Psych. u. Neur. Bd. 40, S. 170.

151. *Schuster, Julius*, Zur Pathologie der Dementia praecox. Orvosi Hetilap 1920, Nr. 33. (S. 133*.)

152. *Schwechten, Werner*, Assoziationsversuche zur Komplexfassung bei paranoider Demenz. Inaug.-Diss. Heidelberg.

153. *Seelert, Hans* (Berlin), Endogene Depression und sexuelle Insuffizierung. Sitzungsbericht. Berliner klin. Wschr. S. 1126.

154. *Siebert, Herald* (Libau), Die Affektionen des Nervensystems durch akute Infektionskrankheiten, speziell bei Grippe. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, S. 149. (S. 138*.)

155. *Sievert, Ludger*, Über körperliche Erscheinungen bei Katatonie. Inaug.-Diss. Kiel.

156. *Simmonds, Otto* (Frankurt a. M.), Hypnose und Psychose. Med. Klin. Nr. 20.

157. *Simon, Leopold*, Der Einfluß des Krieges auf Entstehung und Verlauf von Depressionszuständen bei der Zivilbevölkerung. Inaug.-Diss. Gießen.

158. *Sjöbring, H.*, Verstimmungen und Verstimmungspsychosen. Upsala Läkareförenings Förhandlingar 25, H. 1 u. 2.

159. *Siwinski, Boleslaw* (Kochanowska b. Lodz), Tachistoskopische Untersuchungen über Auffassung bei Gesunden und Geisteskranken. Klin. f. psych. u. nervöse Krankh. Herausg. von R. Sommer. Bd. 10, S. 241. (S. 138*.)

160. *Sommer, R.* (Gießen), Psychologie und Psychopathologie der Erfinder und Erfindungen. Vortrag. 86. Vers. Deutscher Naturforscher und Ärzte. Mannheim, Sept. 1920. Bericht: Neurol. Zentralbl. Bd. 39, S. 745.

161. *Stärke*, Libidovorzeichen bei Verfolgungswahn. Ztschr. f. Psychoanalyse 5, H. 4.

62. *Stekel, Wilhelm* (Wien), Depressionen, ihr Wesen und ihre Behandlung. Therapie der Gegenwart 1920, Juli u. August. (S. 127*.)

63. *Stewart, R. M.* (Prestwich), A clinical note on the occurrence of hypotonia in dementia praecox. The journal of neurol. and psychopathol. vol. 1, p. 45.

64. *Storm* (Göttingen), Ein Fall von akuter Psychose im Kindesalter. Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 197.

65. *Stuchlik, Jaroslav* (Kosice), Vortrag, Gesellschaft tschechischer Ärzte 1920 in Košice. Referat: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 24, S. 85.

66. *Torren, J. van der* (Castricum), Paranoide Psychose bei Imbezillen. Kasuistik. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Bd. 64, (II), S. 481.

67. *Travaglino, P. H. M.*, Die Psychosen der Eingeborenen im Zusammenhang mit ihrem Charakter. Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Indie Bd. 60, H. 1.

68. *Tuczek* (Heidelberg), Vorstellung eines Kranken mit einer katatonischen Sprachstörung. Sitzungsbericht. Münch. med. Wschr. Bd. 67, S. 1158.

69. *Uyematsu, L.*, A case of myxedematous psychosis. Arch. of neurol. and psychiatry vol. 3, fasc. 3.

70. *Van der Chijs*, Halluzinationen und Psychoanalyse. Internat. Ztschr. f. Psychoanalyse Bd. V, H. 4.

71a. *Villaverde, de*, Alucinosis de Plaut. Archiv de neurobiol. I, no. 3.

71. *Villinger, Werner* (Tübingen), Gibt es psychogene, nichthysterische Psychosen auf normalpsychischer Grundlage? Ein Beitrag zur Psychogenielehre. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 174. (S. 138*.)

72. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Dementia praecox im Kindesalter. Sitzungsbericht. Münch. med. Wschr. Nr. 67, S. 588.

73. *Weidner, C.* (Rostock), Hirntumor und paranoisches Symptomenbild. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 1. (S. 128*.)

74. *Weinberg, Wilhelm* (Stuttgart), Vererbungsstatistik und Dementia praecox. Vorläufige Mitteilung. Münch. med. Wschr. Nr. 67, S. 667.

75. *Derselbe*, Methodologische Gesichtspunkte für die statistische Untersuchung bei Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 39. (S. 133*.)

76. *Westphal, A.* (Bonn), Über Pupillenphänomene bei Katatonie, Hysterie und myoklonischen Symptomenkomplexen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 187. (S. 134*.)

77. *Westphal, A.* (Bonn), Über einen Fall von Erblindung ohne nachweisbaren Veränderungen am optischen Apparat. Ztschr. f. Augenheilk. Bd. 43, S. 92.



178. *Wetzel, Albrecht* (Heidelberg), Akute Psychosen und Jahreszeit. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. Bd. 39, S. 742.
179. Dasselbe. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 666.
180. *Weygandt, W.*, (Hamburg), Induzierte Psychosen. Vortragsbericht. Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 787.
181. *Derselbe*, Turmschädel mit Geistesstörung. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 1130.
182. *Derselbe*, Erkennung der Geistesstörungen. (Psychiatrische Diagnostik.) J. F. Lehmann, München. 250 S.
183. *Wolfer, Leo*, Die somatischen Erscheinungen der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 267. (S. 134*.)
184. *Zoller, Erwin*, Zur Erblichkeitsforschung bei Dementia praecox. Inaug.-Diss. Marburg. (S. 134*.)
185. *Derselbe*, Zur Erblichkeitslehre bei Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 275.

a) Manisch-depressives Irresein.

Beck (3) bringt hier den Nachweis, daß die *Westphal*sche Definition der Zwangsneurose heute nicht mehr in vollem Umfang Gültigkeit hat. *W.* stellte vier Bedingungen für die Diagnose auf: 1. der Intellekt muß intakt sein; 2. der Zwangsgedanke darf sich nicht verdrängen lassen, und den normalen Ablauf der Vorstellungen nicht hindern; 3. der Gedanke darf nicht durch affektive Faktoren verursacht sein, und 4. muß der Pat. dem Zwangsgedanken mit Kritik gegenüberstehen. Die beiden ersten Forderungen können bestehen bleiben, die letzten nicht. Sowohl spielt die Affektivität eine gewisse Rolle bei den Zwangsprozessen, als auch ist die Kritik nicht immer voll erhalten. B. weist auf die neuere Literatur hin, welche lehrt, daß eine Trennung zwischen Zwangs- und Depressionszuständen nicht durchführbar ist, eine Einteilung der Kranken in Manisch-depressive und Psychasthenische nicht möglich ist. Es gibt Übergänge und Verbindungen. Dafür bringt *B.* hier 14 ausführliche Krankengeschichten bei, aus denen sich ergibt, daß Zwangsprozesse zwar selbständig vorkommen können, daß sie aber auch mit Krankheitszuständen aus dem manisch-depressiven Irresein verbunden sein können, unter verschiedenen Formen auftreten können, die vom manisch-depressiven Irresein bekannt sind. In den Krankengeschichten spielt auch die Affektivität eine mehr oder weniger große Rolle, in mehreren Fällen waren Emotionen die Ursache des Auftretens oder der Verschlimmerung der Erscheinungen. *B.* zeigt auch an Beispielen, daß dem Pat. die Kritik an dem Inhalt seiner Zwangsgedanken verloren gegangen war. Viele Personen mit Zwangsprozessen sind chronisch deprimiert, aber nicht alle, es gibt Menschen mit Zwangsprozessen, die nicht chronisch deprimiert sind und chronisch deprimierte ohne Zwangsprozesse. Eine Rubrizierung unserer Kranken in die landläufigen Krankheiten ist nicht möglich. *B.* ist geneigt zu einer der Diagnosen: degenerative Anlage, Psychasthenie, manisch-depressives Irresein. Bei weiblichen Personen oft hysterischer Einschlag. *B.* weist deshalb auf die Vorschläge von *Stransky* und *Hoche* hin in betreffs Einteilung der paranoider

sp. manisch-depressiven Zustände hin, und darauf, daß in der französischen iteratur als Basis für das Entstehen von Zwangsprozessen des Caractère scrupuux-inquiet (Soukhanoff) beschrieben wird, den er als eine Symptomenverbindung ı Sinne *Hoches* betrachtet . . . Die spezielle Anwendung dieser Gedankengänge hrt *B.* zur Aufstellung eines tabellarischen Schemas, in dem er hauptsächlich die bhängigkeit von Zwangszuständen von manisch-depressiver Veranlagung einerits und dem Caractère scrupuleux-inquiet andererseits zum Ausdruck zu bringen ıcht.“

Bumke (20) nimmt hier Stellung gegen *P. Schröder*, welcher in seiner Monoaphie „Die Spielweite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den egenerationspsychosen“ gesagt hat: „*Bumke* und *Hoche* haben dann bekanntlich esen Satz (innerhalb der Gruppe gibt es überhaupt keine scharfe Grenze, und das ıchen nach reinen Formen ist hier ein Phantom) verallgemeinernd auf die gemte Psychiatrie angewendet usw.“ *Bumke* überläßt es *Schröder*, eine Arbeit von *umke* aus dem Jahre 1909 nachzulesen, in welcher *B.* bereits denselben Standınkt eingenommen hat, den *Schröder* jetzt vertritt.

Hoffmann (52) komt nach seinen Untersuchungen und Überlegungen zu lgendem Ergebnis: Die mannigfachen graduellen Abstufungen des manischepressiven Irreseins können wir vererbungstheoretisch nicht mit den Faktoren und R des einfachen Mendelschemas erklären. Eingehende Familienunterıchungen zeigen uns, daß die manisch-depressive Anlage durch Kreuzungen, eren Natur uns jetzt noch unbekannt ist, in ihrer Intensität verstärkt und abgehwächt werden kann. Wahrscheinlich müssen wir bei diesem Erbgang für das anisch-depressive Irresein mehrere Erbfaktoren annehmen, unter denen auch lche sind, die in gleicher Richtung sich gegenseitig zu verstärken oder hemmen ermögen. Dabei ist nach *H.*s früheren Untersuchungen die Kombination der lomomerie mit der geschlechtsbegrenzten Vererbung durchaus möglich, da das eibliche Geschlecht einen erheblich höheren Anteil an der Erkrankung hat wie as männliche.

Juliusburger (62) macht noch einmal aufmerksam auf die günstigen Erlge mit Dial bei Depressionszuständen, namentlich bei den schweren Fällen der ngstmelancholie.

Pfeilschmidt (111) berichtet über einen jetzt 66jähr. Mann, der vom 14. Lebensıhre ab einen zehnjährigen Depressionszustand durchmachte, dann sich 16 Jahre ı einem Mischzustand befand, seitdem, jetzt seit 26 Jahren, besteht dauernd das ild chronischer Hypomanie, ähnlich wie *Nitsche* beschreibt. Die motorische Eregung ist zurückgetreten hinter den übrigen Komponenten des manischen Symtomenkomplexes, insbesondere der Ideenflucht und Weitschweifigkeit, die räsonierenden und querulierenden Stimmungsnuancen überwiegen.

Plaut (115) fand, daß im Citratplasma (Natrium citricum-Lösung) die Eryhrozyten von an Dementia praecox und Melancholie Leidenden sich langsamer enken als bei Paralytikern, Luetikern, Arteriosklerotikern. Er verweist auf eine lemnächstige Veröffentlichung in der Münch. med. Wochenschrift.

Rehm (127) hat 50 manisch-melancholische Kranke untersucht und mit einer



Anzahl von Gesunden, Schizophrenen, Psychopathen und Hysterischen verglichen. Benutzt wurde der Apparat von Förster, verbessert von Grunert. Untersucht wurden die Farben Weiß, Blau, Rot und Grün. *R.* kommt zu folgenden Resultaten: Bei manisch-melancholischen Kranken findet sich eine Gesichtsfeldeinschränkung für alle Farben, welche im Durchschnitt stärker ist als bei der Hysterie. Die Melancholischen zeigen stärkere Einschränkung als die Manischen, die psychomotorisch Gesunden erheblich stärkere als die psychomotorisch Erregten. Die Gesichtsfeldeinschränkung ist als eine Aufmerksamkeitsstörung anzusehen. Durch die den manisch-melancholischen Kranken eigne erhöhte Ablenkbarkeit ist die eigentümliche Erscheinung des Zackengesichtsfeldes zu erklären. Im Gegensatz zu dem sich stetig verengernden Ermüdungsgesichtsfeld der Hysterischen und Nervenschockkranken tritt bei fortgesetztem Versuch eine Erweiterung des Gesichtsfeldes manisch-melancholischer Kranker als Folge der bestehenden Übungsfähigkeit ein.

Rittershaus (130) kommt bei seinen ausführlichen Untersuchungen zu folgendem Resultat. Das manisch-depressive Irresein in seinem weitesten Umfange ist keine Erkrankung sui generis, sondern ein Symptomenkomplex im Sinne *Hoches.* Es kann vorkommen A. als Symptom einer organischen Gehirnerkrankung, hier vielleicht irgendwie auch beeinflußt durch die Lokalisation der Schädigung, und zwar bei Lues und Metalues des Gehirns, bei Tumor cerebri und anderen groborganischen Gehirnkrankheiten, wie Zysten, multiple Sklerose u. a., nach apoplektischem Insult, bei diffuser Arteriosklerose, im Senium und Präsenium, ganz allgemein nach den verschiedensten „Hirnnarben“ im Sinne von *Wagner* und *Pilcz*, nach Schädeltraumen schwererer und leichterer Art, auch wenn sich mit unseren heutigen Methoden noch nichts anatomisch nachweisen läßt, als epileptisches Äquivalent bei Epilepsie im Sinne von *Pierre Marie* und *Freud.* Es kann ferner vorkommen B. als Folgeerscheinung toxischer und endotoxischer Prozesse, wobei eine gewisse elektive Affinität eines Giftes in den Bereich der Möglichkeit gezogen werden muß, und zwar: unter dem Einfluß von Ermüdungstoxinen und als Erschöpfungspsychose, bei Kreislaufstörungen infolge der Überladung des Blutes oder der Gewebe mit nicht rechtzeitig eliminierten Stoffwechselprodukten, unter Alkohol und infolge von anderen Giften, infolge von infektions-toxischen Schädigungen (Influenza etc.), bei Stoffwechselstörungen (Diabetes), bei den endotoxischen Störungen des endokrinen Systems, a) bei Basedow und Myxödem, b) vielleicht bei manchen Generationspsychosen, c) bei Vagotonie im Sinne *Rosenfelds* und d) überhaupt infolge einer Hypo- oder Hyperfunktion einzelner oder mehrerer endokriner Drüsen, als genuine Restgruppe des manisch-depressiven Irreseins, als endokrine Affektpsychose, e) bei einer Parafunktion dieser Drüsen, der Dementia praecox. C. als psychogene Reaktion auf psychisch wirkende Schädlichkeit, analog oder auch kombiniert mit der hysterischen Reaktionsart.

Die manisch-depressive Anlage selbst ist eine endogene, zerebrale Funktion neben anderen endogenen Anlagen. Sie ist bei jedem Menschen vorhanden und wahrscheinlich nach Mendelschen Gesetzen mit anderen Anlagen kombiniert, ebenso bedingt ist ihre Labilität, die Neigung zu Schwankungen bis zur Grenze des Normalen und darüber hinaus; und schließlich ist wahrscheinlich in gleicher Weise



ch die Neigung und Fähigkeit individuell determiniert, mit größerer oder kleinerer nplitude der Schwankung zu reagieren, wobei natürlich die Intensität des Reizes ichfalls eine Rolle spielen kann, vielleicht auch eine individuell verschiedene isprechbarkeit auf die verschiedenen Schädlichkeiten.

Durch die obigen Anschauungen lassen sich nach *R.* die widersprechenden einungen über die Frage der exogenen und endogenen Reaktionstypen sowie er das Problem der kombinierten Psychosen in den meisten Fällen wohl zwang- ; lösen. Eine weitere Konsequenz wären dann auch die Durchführung der von *raepelin* schon vor langem geforderten ätiologischen Klassifikationen der Psychosen.

Schneider (144) glaubt, daß die Phänomenologie des emotionalen Lebens, e *Max Scheler* gegeben, für die Betrachtung gewisser pathopsychologischer Zu- ände von Bedeutung sein kann. Nach Wiedergabe derselben, wendet *Sch.* sie er auf die Psychiatrie an und zwar zunächst nur für die Depressionszustände, ine damit sagen zu wollen, daß sie nicht auch für andere pathopsychologische istände fruchtbringend sein könnte.

Bei der reinen motivlosen endogenen Depression kommt den Störungen der italgefühle eine sehr viel größere Rolle zu; hier beherrschen oft die Störungen r Leib- und Lebensgefühle das Bild vollkommen und können diese Störungen wohl der traurigen Verstimmung vorausgehen als auch sie überdauern. Anders i der reinen reaktiven Depression. Hier sind Beeinträchtigungen der Vitalgefühle id auch sinnliche Mißgefühle seltener und vor allem: sie haben die Bedeutung isschließlich sekundärer Symptome. Das Primäre ist hier die Störung der see- ichen Gefühle. Beide Depressionen liegen also in verschiedenen emotionalen ;hichten. *Sch.* weist darauf hin, wie das Symptom der Angst bei beiden Depres- onen ganz verschieden ist. Die leere und inhaltlose Angst ist ausgesprochenes eibgefühl, kann sogar Organgefühl sein. Die motivlose Verstimmung ist etwas inz anderes als die reaktive Traurigkeit. Beide Trauerarten summieren sich nicht ı einem Totalgefühl, sie stammen aus verschiedenen emotionalen Schichten, doch önnen Gefühle der einen Schicht auf eine andere Schicht abfärben. Die Auffassung r endogenen Depression als einer primären Depression in der Schicht der Vitalge- ihle erleichtert das Verständnis der Hysteromelancholie oder neurasthenischen Me- ncholie. Die Rückbildungsmelancholie will *Sch.* hier nicht untersuchen. Er be- erkt nur kurz, daß es sich bei den Mischzuständen nicht um eine Mischung von it verschiedenen Vorzeichen versehenen Gefühlszuständen derselben Schicht, as dem schizophrenen Typus entsprechen würde, handelt. Entweder sind bei en Mischzuständen die verschiedenen charakterisierten Gefühlszustände rasch intereinander vorhanden, oder — und das sind allein wirklich Mischzustände — ; ist ein Gefühlszustand mit einem anders vorgezeichneten Zustand verbunden.

Schröder (146) geht von der Erfahrung aus, daß bei Manisch-Depressiven eben den rein affektiven Symptomen vielfach andere Züge auftreten können, Vahnbildungen, paranoide Züge etc. „In ausgesprochenen Fällen hat es so gut ie nie mit der Stimmungsanomalie allein sein Bewenden, sondern die affektive törung ist eskortiert von einem mehr oder minder reichlichen Ensemble von Er- cheinungen aus anderen psychischer Sphäre. Am häufigsten findet man solche



vom Typus abweichenden Symptome bei den leichten Formen. Hypochondrische, neurasthenische, paranoische Färbung der Bilder, Zwangsvorstellungen und Ähnliches mehr können in mannigfacher Weise vorherrschen und laufen schließlich aus in das Bunte, Mannigfache der Störungen der Degenerierten. *Sch.* will sich hier nur mit den groben psychotischen Erkrankungen im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins beschäftigen.

Er bringt zunächst einen Bericht über Krankheitsfälle, die zum Teil schon jahrzehntelang beobachtet sind, an deren Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein durch frühere typische Zustände von Manie resp. Melancholie nicht zu zweifeln ist, und die dann zwischendurch ganz atypische Zustände aufwiesen mit zum Teil zahlreichen Halluzinationen und Wahnideen der verschiedensten Art. Von solchen Fällen sagt *Sch.*: weder das Moment der bloßen Steigerung der Symptome nach der Komplikation mit einer meist exogenen Schädigung, noch auch die Theorie der Mischzustände erklären uns den Formenreichtum symptomatisch atypischer Zustandsbilder beim manisch-depressiven Irresein. Die Deutung müsse in ganz anderer Richtung gesucht werden.

Weiterhin folgen einige Fälle periodischer Störung, wo es unentschieden bleibt, wozu dieselben zu rechnen sind; man könnte sie eigentlich kurz funktionelle Psychosen nennen. Der Sammelname degeneratives Irresein paßt dafür im Gegensatz zur Dementia praecox. Man müßte dann aber unter degenerativem Irresein solche psychotische Zustände verstehen, welche zusammen mit den hysterischen und mit gewissen paranoischen Psychosen sowie mit dem manisch-depressiven Irresein eine einheitliche große Gruppe ohne scharfe Abgrenzung der Einzelformen gegeneinander bilden. Das manisch-depressive Irresein wäre also dem degenerativen Irresein unterzuordnen, ebenso die hysterischen Psychosen, die Haftpsychosen, paranoische Bilder und Verlaufstypen. Die Unterscheidung der Degenerationspsychosen vom manisch-depressiven Irresein hat demnach nichts Grundsätzliches; beide berühren sich, überschneiden sich in vielen Punkten. Dagegen trennt sie, wie das ganze degenerative Irresein überhaupt, wahrscheinlich eine weite Kluft von der Dementia praecox. Die Unterscheidung zwischen Hebephrenen und grob Degenerierten ist oft sehr schwer. Für die grundsätzliche Trennung von Dementia praecox und Degenerierten spricht aber die Tatsache, daß erstere ein fortschreitendes Leiden ist, daß bei letzteren der psychische Defekt ausbleibt. Bei symptomatisch ungewöhnlichen Manien und Melancholien liegt es nahe, an Mischformen und Übergangsfälle zu den Degenerationspsychosen zu denken. Das hat man bereits immer getan, wo andere degenerative Symptomgruppen, wie Zwangsvorstellungen oder hysterische Erscheinungen in manisch-depressiven Phasen auftraten. Man soll aber auch nicht alles zum manisch-depressiven Irresein rechnen. Die bloße Tatsache des Schwindens und Schwankens der Erscheinungen sowie die depressive Beifärbung der Exazerbation darf allein die Diagnose manisch-depressiver Erkrankung nicht begründen. Grobe Schwankungen sind ein Charakteristikum aller degenerativen Erscheinungen, depressive Stimmung findet man auch häufig bei ihnen.

Sch. bringt dann noch weitere Krankengeschichten zur Illustrierung der



Vielheit der Erscheinungsformen der Degenerationspsychosen, auch außerhalb der Gefängnisse. Der Krieg hat viele hierhergehörige Bilder gezeigt. Wunschvorstellungen und Befürchtungen scheinen gerade bei ihnen für die Auslösung eine hervorragende Rolle zu spielen. Allen gemeinsam ist mit wenigen Ausnahmen das Gesundwerden.

Das degenerative Irresein ist eine große Krankheitsgruppe, unter welche recht viele und zunächst recht verschieden aussehende Einzelerkrankungen fallen. Ist die innere Berechtigung der Gruppe erwiesen, so dürfen auch die jetzt öfter geäußerten Bedenken gegen zu umfangreiche Krankheitsformen in der Psychiatrie nicht dagegen geltend gemacht werden. Degenerationspsychosen können sich wiederholen. Bei gleichzeitiger manischer und depressiver Färbung ist die Differentialdiagnose zwischen Degenerationspsychose und manisch-depressivem Irresein oft recht schwierig, eine scharfe Grenze zwischen beiden besteht nicht. Damit schließt sich der Ring zwischen den atypischen Psychosen des manisch-depressiven Irreseins und den Degenerationspsychosen. Es ist nicht angängig, der Dementia praecox und den übrigen bekannten psychischen Krankheiten das manisch-depressive Irresein als solches gegenüber zu stellen. Die Gegenüberstellung muß heißen: degeneratives Irresein, dessen Unterform das manisch-depressive Irresein ist. Es diskreditiert das letztere unnötig, wenn demselben allerlei ungewöhnliche Psychosen hinzugezählt werden, die weder charakteristisch manische, noch charakteristisch depressive Phasen aufweisen, nur weil sie diese oder jene verwandte Züge mit dem manisch-depressiven Irresein haben, und weil sie sicherlich nicht der Dementia praecox und auch nicht anderen Krankheitsgruppen angehören.

Stekels Arbeit (162), die wohl in erster Linie nicht für die Fachleute geschrieben ist, — wird jeder mit Interesse lesen, auch wenn er nicht auf *Freud* u. Gen. eingeschworen ist. Eigne und fremde Beobachtungen bieten viel Interessantes, wenn auch *St.* Schlußfolgerungen vielfach auf Widerspruch stoßen werden. An paradoxen Behauptungen fehlt es auch nicht. Für ein kurzes Referat eignet sich die Arbeit nicht. Es gibt nach *St.* keine unmotivierten Verstimmungen, das gilt für die kleinen Depressionen des Normalmenschen bis zu der selbstmörderischen Verzweiflung der Melancholiker. Nach *St.* versagen physikalische und medikamentöse Mittel bei Depressionen vollkommen. Eine Seelenkrankheit kann nur seelisch geheilt werden: Nur Psychotherapie kann helfen. Die Behandlung mit Hormonen hat *St.* glatt im Stich gelassen. „Ob eine Operation im Sinne *Steinachs*, welche die heterosexuellen endokrinen Triebkräfte verstärken würde (Einpflanzung einer gleichgeschlechtlichen Pubertätsdrüse), von Erfolg sein werden, das muß erst die Zukunft lehren. Vielleicht ergibt sich eine operative Therapie der Psychosen, der Dipsomanie, des manisch-depressiven Irreseins und der Paranoia." Von Medikamenten hält *St.*, wie gesagt, nichts, doch greift er bei schweren Melancholien mit Gefahr zum Raptus zum Opium. *St.* verspricht noch ein größeres Werk über die Psychotherapie und Genese der Depressionen.



b) Paranoia.

Schneider (143) hält es für nicht richtig, den *Kretschmer*schen sensitiven Beziehungswahn kurzer Hand abzulehnen. Kasuistik fehlt noch. Deshalb gibt er hier die ausführliche Krankengeschichte eines 40jähr. Mädchens, das zweifellos sensitiven Charakters ist und an einer akuten Psychose beziehungswahnhaften Inhalts erkrankt, welche auch nach Abklingen des akuten Zustandes bestehen bleibt. Dabei bleibt die Persönlichkeit dauernd erhalten, das Benehmen ist unauffällig, ohne alle schizophrene Züge; Bewegungen, sprachlicher Ausdruck und Affekt bleibt natürlich. Auffallend ist das Krankheitsbild durch die weitgehende Ähnlichkeit mit zwei Fällen von *Kretschmer*, und doch besteht ein großer Unterschied. *K.* sieht in Charakter, Milieu und Erlebnis die Trias, die sich gegenseitig kumulierend den sensitiven Beziehungswahn erzeugt, — bei dem Fall von *Sch.* fehlt aber das entscheidende Erlebnis, bei seinem Fall ist bereits das allererste Erlebnis mit dem Geliebten wahnhaft erlebt, primäres Wahnerlebnis, der Anstoß zur reaktiven Entwicklung der beziehungswahnhaften Psychose fehlt also. Damit ist aber der sensitive Beziehungswahn als psychopathisch-reaktives Krankheitsbild in Frage gestellt. Doch wird man ihn, meint *Sch.*, wenigstens in der Form des erotischen Beziehungswahns alter Mädchen als neuen Typus unter den paranoiden Psychosen anerkennen müssen, sein charakterogenes Wesen erscheint gesichert.

In *Weidners* (173) Fall handelt es sich um ein sarkomatös entartetes Fibrom eines linken Kleinhirnbrückenviertels. Bei der Kranken hatte sich ein paranoisches Bild entwickelt.

c) Dementia praecox.

Allers (1) berichtet über drei Kranke, 1 Ungar und 2 Krimtartaren, die im Lazarett, wo sie als Verwundete untergebracht waren, und zufällig in ganz fremdsprachlicher Umgebung sich befanden, — plötzlich und rasch vorübergehend psychisch erkrankten. Sie boten das Bild, das *Kraepelin* als Verfolgungswahn der Schwerhörigen beschreibt. *A.* möchte annehmen, daß es bei sprachlicher Isolierung eine depressiv-ängstlich gefärbte paranoisch-halluzinatorische Reaktion gibt, die mit den Haftpsychosen, insbesondere aber mit den psychogenen Störungen der Schwerhörigen symptomatologisch und dem pathogenetischen Mechanismus nach in eine Gruppe gehören dürfte, und die man vielleicht als den „Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten“ bezeichnen darf.

Binswanger beschäftigt sich hier (10) mit einigen Alkoholikern, die in ihrem ganzen affektiven Verhalten einen auffallenden Unterschied gegenüber den gewöhnlichen Alkoholikern verrieten und zwar nach der Entwöhnung von Alkohol, — ein Beweis, daß die Folgen des Alkoholismus irgendwo mit irgendwelchen anderen pathologischen Erscheinungen verknüpft sein müssen.

Nach *Bürger* (19) berechtigen theoretische Erwägungen uns keineswegs, exogene Faktoren bzw. der Ätiologie der Schizophrenie jede Bedeutung abzuerkennen. „Bei unserer Unkenntnis über die Hormone sowie über die Histologie der Schizophrenie sind aber weitere theoretische Ausführungen zur Unfruchtbarkeit



verdammt. Wir Praktiker werden also, solange uns das Wesen der Schizophrenie völlig unbekannt ist, gut tun, in jedem Fall nicht nur der verschlimmernden, sondern auch der auslösenden und ätiologischen Bedeutung der äußeren Faktoren nachforschen."

Elmigers (27) statistische Beobachtungen müssen im Original gelesen werden. Von 390 schizophrenen Geschwistern zeigen 20 v. H. direkt schizophrene Heredität, 54 v. H. indirekte schizophrene Heredität, 26 v. H. gar keine schizophrene Belastung. 7 v. H. nichtschizophrene Psychosen hatten schizophrene Belastung.

Galant (36) rät die entwicklungsgeschichtliche Methode, den Evolutionismus in der Psychiatrie anzuwenden; eine psychische Ätiologie im eigentlichen Sinne des Wortes existiere fast gar nicht. Mit *Freuds* Psychoanalysis ist auf dem weiten Felde der Psychiatrie nicht viel anzufangen. Die Psychiatrie kann man nicht als eine Art Sexualpathologie ansehen. — *Galant* sucht dann hier einen typischen Fall von Katatonie bei einem gebildeten Menschen in seiner Entwicklung zu verfolgen und evolutionistisch zu erklären.

Galant (37) leitet den Terminus Algohallucinosis von Hallucinosis algolagnica ab. Er will damit eine streng umgrenzte und genau charakterisierte psychische Krankheit aus der Dementia praecox ausscheiden, die nach seiner Ansicht nichts mit der letzteren zu tun hat. Während bei letzterer die intellektuelle Seite der Psyche hauptsächlich betroffen wird, die Sexualität aber gar nicht oder sehr gering berührt wird, ist dagegen bei der Algohallucinosis das sexuelle Leben des Kranken angegriffen, dagegen die intellektuelle Seite normal geblieben, entsprechend dem Bildungsgrade der Person. Dies ist der prinzipielle Unterschied zwischen den beiden Krankheiten. *G.* ist im wesentlichen ein Gegner *Freuds*, dessen Verdiensten er im übrigen gerecht wird. Den Ödipuskomplex hält er für überflüssig; *Freud* weiß mit den Halluzinationen nichts anzufangen, hat auch, wie *G.* glaubt, den Mechanismus des Unbewußten im Menschenleben nicht verstanden. *Freuds* Theorie ist kaum für die Neurosenlehre verwendbar, bei der Algohallucinosis ist sie ganz ohnmächtig. Die primären Symptome der letzteren, die Halluzinationen, sind eine direkte Befriedigung der Perversionen. Nach *G.* hat sich alle Kultur aus dem Triebleben, aus dem Unbewußten, aus der Sexualität entwickelt.

Auf seine im vorliegenden Buch entwickelten neuen Theorien über Sexualität, Halluzinationen, Träume und den Mechanismus der menschlichen Psyche kann hier nicht näher eingegangen werden. Das Buch beschäftigt sich zur Hälfte mit einem forensischen Fall (Mörderin), der seinerzeit großes Aufsehen machte. — *G.* charakterisiert das neue Krankheitsbild folgendermaßen: Dementia praecox und Algohallucinosis sind streng auseinanderzuhalten. Jene ist eine Erkrankung des Intellektes, diese der Sexualität, ist eine Liebeskrankheit. Sie ist die Spaltung der Psyche in das Bewußte und Unbewußte, wobei das Unbewußte algolagnisch ist. Ihr einzig spezifisches und primäres Symptom sind die Halluzinationen. Letztere sind mit den Träumen zu identifizieren; sie sind Äußerungen des Unbewußten und benutzen, um sich im Leben durchzusetzen, dieselben Mechanismen wie die Träume. Dies geschieht beim Traume ohne Kampf, bei den Halluzinationen durch Kampf mit dem Bewußten. Die Halluzinationen sind demnach:



1. Wunschhalluzinationen; 2. ihre Ausdrucksweise sind Symbole; 3. die Mechanismen sind dieselben wie im Traume.

Der halluzinatorische Anfall ist ein Kampf zwischen Bewußtem und Unbewußtem, wobei das Unbewußte durch Fesselung der Affektivität sich ins Leben in Form von Halluzinationen durchsetzt. Im Moment, wo das Unbewußte gesiegt hat, und das Bewußte, das ohne Affektivität unmöglich ist, verdrängt ist, ist der Algohalluzinant „dement“, begeht „verrückte“ Akte. Es treten dabei manchmal die akzessorischen Symptome der Algohalluzinose: Dissoziation, Stereotypien usw. auf, die für Dementia praecox charakteristisch sind.

In den Remissionen weisen die Algohalluzinanten im allgemeinen keine Abweichungen von Gesunden auf. Gesellschaftlich sind sie aber unmöglich, da sie ganz zurückgezogen sind, infolge Mangels an Affektivität, die sie für die Anfälle in Vorrat halten. Die Algohalluzinosis kann infolge Aufbrauchens der Affektivität, die für die Unterhaltung des Intellekts unentbehrlich ist, in viel zu leidenschaftlichen und zu häufigen Anfällen, zu der Dementia praecox führen, und zwar zur Katatonie. Die Katatonien haben keine Halluzinationen, denn sie haben nicht das nötige Maß Affektivität, um Halluzinationen ins Leben zu rufen. Sie leben nur mit den Erinnerungen an die alten Halluzinationen, die sie in Stereotypen und Wahnideen umbilden. Die Algohalluzinosis hat keine Wahnideen. Die Wahnideen der Algohalluzinosis sind Nachwirkungen der Halluzinationen.

Hauck (47) berichtet hier kurz über den gynäkologischen Befund (Prof. *Fränkel*-Breslau) bei über 100 geisteskranken Frauen, meist Dementia praecox. Seine Ergebnisse faßt er wie folgt zusammen: Gynäkologische Veränderungen werden bei Geisteskranken in einem hohen Prozentsatz der Fälle angetroffen, und insbesondere ist dies in letzter Zeit öfters beschriebene Vorkommen von Hypoplasien jeder Art, die nicht selten von einem Allgemeininfantilismus begleitet werden, absolut und relativ recht häufig. An erster Stelle steht in dieser Beziehung die Dem. praecox, doch auch bei anderen Psychosen werden Entwicklungshemmungen ziemlich häufig beobachtet. Bei der Schizophrenie sind es in erster Linie die katatonen Formen, bei denen in bezug auf Genitalinfantilismus die häufigsten und schwersten Befunde erhoben werden konnten, und zwar traf dies in der Hauptsache bei den klinisch am schnellsten verlaufenden und prognostisch ungünstigsten Formen zu, wobei das Pubertätsalter und die der Pubertät folgenden Jahre bevorzugt wurden. Sollte dies durch weitere Untersuchungen bestätigt werden, so könnte man einen Genitalinfantilismus bei besonders im jugendlichen Alter akut einsetzenden katatonischen Symptomen als prognostisch ungünstiges Symptom betrachten. Es wäre dies auch praktisch nicht wertlos, da, wie gerade im Kriege Nachuntersuchungen bewiesen haben, degenerative und hysterische Psychosen in ihrem ersten Beginn klinisch oft schwer oder gar nicht von der echten Katatonie getrennt werden können. Über die letzte Ursache des Infantilismus und damit über den Zusammenhang der Schizophrenie mit dem endokrinen System ist nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse ein Urteil nicht möglich.

Jacobi (54) hat ein Vierteljahr zehn hebephrenen und katatonen Kranken in etwa achttägigen Intervallen meist 50—70 ccm Serum intravenös eingespritzt; bei



den hebephrenen war ein sichtbarer Einfluß nicht bemerkbar; bei den katatonen konnte bei zwei Kranken entschieden, bei einem dritten eine fragliche Beeinflussung des Krankheitsbildes beobachtet werden. Die Krankengeschichten der beiden ersten werden ausführlich hier mitgeteilt.

Im Fall von *Kitabayashi* (68) handelt es sich um eine heterotopische Bildung bei einem Schizophrenen.

Künkel (77) verfügte für seine Arbeit über 103 einwandfreie Fälle aus der Irrenanstalt Eberswalde. Er fand anamnestisch eine Fülle körperlicher Entartungserscheinungen und krankhafter Zustände, meist leichterer Art, nur etwa ein Viertel der Kinder konnten als vollwertig gelten. Bei sechs Siebentel der Kinder ließen sich teils einzeln, teils kombiniert die von *Kraepelin* aufgestellten Symptomenkomplexe nachweisen. Die vier Symptomenkomplexe sind psychologisch einheitliche Gebilde, Syndrome, die sich sämtlich auf genau charakterisierbare Störungen der Affektivität zurückführen lassen (autistisches, reizbares, asoziales und pedantisches Syndrom). Das Gemeinsame dieser Störungen scheint darin zu liegen, daß die normale Wechselwirkung zwischen Antrieb und Gegenantrieb entweder gar nicht oder nur langsam und unvollständig zur Geltung kommt (Steifigkeit der Affekte). Trotzdem die Kindheitssyndrome vielleicht bei den künftigen Schizophrenen regelmäßig vorkommen, sind sie doch bis jetzt noch kein differenzialdiagnostisch sicheres Merkmal, da sich diese Erscheinungen noch nicht gegen ähnliche bei Psychopathen, Epileptikern und Manisch-depressiven abgrenzen lassen. Während die körperliche Minderwertigkeit der meisten späteren Schizophrenen auf eine krankhafte Disposition schließen läßt, sind dagegen die Kindheitssyndrome bereits als erstes Stadium der Krankheit aufzufassen. Der Beginn der Schizophrenie muß demnach sehr früh, vielleicht schon im intrauterinen Leben gesucht werden, so daß die Krankheit in eine infantile, eine reife und eine senile Phase zerfällt, nämlich in Kindheitssyndrome, flagrante Psychose und Endzustand.

Levi-Bianchini (84). Der „mnestische Negativismus“ eines Falles von Hebephrenie ist eine psychogene Teilamnesie für ein zeitlich und inhaltlich beschränktes Feld (für Namen von Familien, Heimat und militärische Dienstzeit) bei erhaltener Orientierung und erhaltenem Wortschatz, entspricht der „Idée fixe de l'oubli“ von *Séglas*, erinnert etwa an das Vorbeireden *Gansers* und wird erklärt als eine Abwehrreaktion gegen den Unlustaffekt der Freiheitsberaubung in der Irrenanstalt; er könne auch als Negations- oder Konversionsamnesie bezeichnet werden. Der „sprachliche Negativismus“, auch zu bezeichnen als Negations- oder Konversionsaphasie wird von *Levi-Bianchini* beschrieben als psychogene Amnesie für den sprachlichen Ausdruck bei erhaltenem Schriftausdruck, also Teilverlust des Gedächtnis für die Engramme der Lautsprache bei zwei Fällen von Dementia praecox; er ist also ein Mutismus; er wird ebenso wie der mnestische Negativismus mit *Freud*schen Mechanismen erklärt, der Konversion des Unlustaffektes der Freiheitsberaubung. *L.-B.* spricht vom Beispiel des Negativismus ausgehend für eine vorsichtige Verwendung psychoanalytischer Begriffe und Methoden bei den schizophrenen Mechanismen. *Sioli.*



Löwenstein (86) untersucht an einem besonders geeigneten Fall die psychischen Bedingungen, unter denen katatonische Pupillenstarre auftritt und verschwindet. Es wurden nacheinander Zustände von Lust, Unlust, Spannung, Lösung, Erregung, Beruhigung, Furcht, Erschrecken u. a. mehr durch verbale und mechanische Reize erzeugt, indem zugleich Puls und Atmung sowie die Spannungsveränderungen der Muskulatur an den von Kopf und Extremitäten ausgeführten unbewußten Ausdrucksbewegungen mit besonders konstruierten Apparaten registriert wurden, während die Pupillenreaktion unmittelbar beobachtet wurde. Dabei ergaben sich folgende Resultate:

1. Die bei katatonischen Zuständen zu beobachtenden Erscheinungen des Fehlens der Pupillenunruhe und der mydriatischen katatonischen Pupillenstarre haben ihre Ursache in der gleichen psychischen Veränderung, nämlich dem Verlust der Spontaneität bei erhaltener Suggestibilität des Gefühlslebens.

2. Der aus diesen Veränderungen hervorgehende Mechanismus der Gefühlsentwicklung erzeugt Gefühlszustände (Unlust, unlustbetonte Spannung), deren Ausdrucksbewegungen an den Pupillen dem Grade nach verschieden starke Hemmung des Reflexes auf Lichteinfall bewirken („katatonische Pupillenstarre").

3. Veränderungen der Pupillenweite und der Spannungszustände der Körpermuskulatur sind nicht durcheinander, sondern durch gleichsinnige zentrale Veränderungen unmittelbar bedingte Ausdrucksbewegungen der gleichen Bewußtseins-Zustände. *Grunewald*-Bonn.

Löwenstein (87). Eine besonders konstruierte Versuchsanordnung, die geeignet ist, gleichzeitig sowohl die Bauch- und Brustatmung wie die feinsten Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten („unbewußte Ausdrucksbewegungen") pneumographisch bzw. dreidimensional-mechanisch auf die rotierende Trommel zu registrieren, wird benutzt, um psychische Vorgänge in dem scheinbar völlig affektleeren Bewußtsein stuporöser Kranker nachzuweisen. Es wurden durch Anwendung verbaler und mechanischer Reize Zustände von Lust, Unlust, Spannung, Lösung, Furcht, Schrecken, Beruhigung erzeugt und graphisch durch bestimmte Veränderungen der Ausdrucksbewegungskurven aufgezeigt. Es ergab sich dabei, daß eine Affektleere im Stupor nicht besteht, daß die Suggestibilität für Gefühlszustände sogar in besonders hohem Grade entwickelt sein kann. Die erzeugten Ausdrucksbewegungen erwiesen sich sowohl der Intensität als der Qualität nach den gesetzten Reizen als adäquat. *Grunewald*-Bonn.

Popper (120) empfiehlt für gewisse zweifelhafte Fälle, namentlich wenn es sich darum handelt, rasch eine Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Schizophrenie zu stellen, eine Prüfung der Kranken auf die besondere Konzentrations- und Kombinationsfähigkeit, bzw. auf die Gedächtnisleistung, wie sie im Speziellen beim Rechnen und zwar beim Multiplizieren größerer Zahlen im Kopfe, am besten bei Beispielen und dem großen Einmaleins, in Betracht zu kommen scheint. Bei solchen Untersuchungen versagt der Hysterikus z. B. beim Abklingen eines Dämmerzustandes häufig in ganz grober Weise, teils infolge noch latent vorhandener Störungen und Ausfallmomente, teils weil er verbindet. Im Gegenteil bei Schizophrenen:



auch sonst ganz verblödete oder stupurös-mutazistische Kranken beantworten vielfach die Frage völlig richtig.

Recktenwald (125) berichtet über drei Schwestern mit starker erblicher Belastung in psychopathologischer Beziehung, bei denen es zu fortschreitendem Muskelschwund kam, der eine Mischung muskeldystrophischer und spinal-amyotrophischer Zeichen an sich trägt, aber deren ersteren näher zu stehen scheint, und der jedesmal mit einer, der *Kraepelin*schen periodischen Form der Dementia praecox zuzurechnenden, schizophrenen Verblödung verbunden ist. Es ist zu erwarten, daß das gemeinsame pathogenetische Band in einer Störung von Drüsen mit innerer Sekretion zu suchen ist.

Recktenwald (126) berichtet über vier Fälle von Schizophrenie mit epilepsieartigen Anfällen; bei zwei handelte es sich um sekundär-symptomatische Anfälle. In den beiden anderen Fällen faßt *R.* die Krämpfe als Folge der Schizophrenie selbst auf, und zwar einmal unmittelbar als abnormes Nebensystem der mutmaßlichen kataton-schizophrenen Krankheitsvorgänge im Sinne *Kraepelins* und *Ursteins*, einmal mittelbar aber als schizophren-echopraktische Nachahmung.

Sagel (138) hat entsprechend der Deyke-Muchschen Reaktion nach Anwendung von Partialantigen bei Tuberkulösen, bei Katatonen und Hebephrenen durch Injektion von Ophthalmosan oder Normal-Rinderserum nach 18—24 Stunden an der Applikationsstelle eine deutliche Papel mit z. T. flammenroter Hofbildung in einer Ausdehnung bis zu etwa 1,5 cm entstehen sehen. Diese blieben bei anderen Geisteskranken aus. *S.* faßt diese Reaktion als den Ausdruck einer Zellüberempfindlichkeit, eine Anaphylaxie gegen Rindereiweis auf, die er auf den Übertritt nicht völlig abgebauten, noch „blutfremden" Rindereiweißes aus der Nahrung durch den Verdauungstraktus in die Blutbahn zurückführt. Er hält es für sicher, daß Jugendirre auch noch gegen anderes Nahrungseiweiß überempfindlich sind. Ihm scheint die Reaktion weite Perspektiven für die Behandlung des Jugendirreseins zu eröffnen.

Schuster (151). Auf Grund von refraktometrischen Untersuchungen bei Dem. praecox ist bei einer scharf charakterisierten Gruppe dieser Krankheit, außer Generationsdrüsenabbau auch Hypophysen und Thyreoideaabbau zu konstatieren. Bei der Untersuchung der Organe von acht akuten Fällen von Katatonie konnte Verf. in der Hypophyse schwere Veränderungen finden. Außer Atrophie des Vorderlappendrüsengewebes absolute verringerte Zahl der Eosinophilenzellen, Bindegewebshypertrophie, Vermehrung des Kolloids. In den Generationsdrüsen, Hypoplasie und Hyperplasie des Interstitiellendrüsengewebes; diese Kranke sind überwiegend pharmakodynamisch vagotone, mit kleinem Schädel, grazilem Knochenbau, kleinen, zarten akralen Teilen, mit den körperlichen Stigmen des Status hypoplasticus, dessen anatomische Belege bei den acht akuten Fällen von Schizophrenie an der Leiche erhoben werden konnten. In der Gehirnrinde dieser Fälle ist eine starke Klasmatodendrose und Nekrose der Glia, ohne Hypertrophie von Bedeutung beobachtbar. Diese kachektischen Fälle von Schizophrenie sind der *Simmonds*schen hypophysären Kachexie sehr nahestehend. *Schuster.*

Weinberg (175) gibt hier nur eine vorläufige Mitteilung, die sich befaßt mit einer Kritik der *Rüdin*schen Statistik und der *Lenz*schen Hypothese.



Westphal (176) bestätigt, daß das Iliakalsymptom (*E. Meyer*) bei Dementia praecox nicht selten gefunden wird. Zwischen diesen Symptomen und der katatonischen Pupillenstarre bestehen wohl nahe Beziehungen. *W.* beschreibt hier einen Fall, wo bei einer Hysterischen durch Iliakaldruck Lichtstarre hervorgerufen wurde mit Erweiterung und Verziehung. Die Pupillenstarre bei Katatonie und Hysterie hängt von kortikalen Erregungen resp. vasomotorischen Störungen ab. Die Lichtstarre ist nur die Teilerscheinung einer absoluten Starre.

Wolfer (183) glaubt die somatischen Erscheinungen bei Dementia praecox — abgesehen von den Skelettanomalien und Entartungszeichen — in zwei Gruppen vereinigen zu können, eine der tuberkulogenen Symptome und eine der Innervationsstörungen.

Zoller (184) benützt das Material eines Zeitraums von 15 Jahren aus der Anstalt Rottenmünster, und zwar 356 Geschwisterserien (Familien) mit 1945 Geschwistern. Die ausführliche Arbeit muß im Original nachgelesen werden. Hier sei nur erwähnt, daß von den Kindern Dementia-praecox-Kranker keines an Dem. praecox, wohl aber an einer anderen Psychose erkrankt war. Gleichartige Vererbung ist die Seltenheit. In der Deszendenz manisch-depressiver Kranken kommt Dementia praecox vor. *Z.* kommt zu dem Schluß, daß die Dementia praecox rezessivwandelnd sich verhält, allerdings nicht einfach, sondern wahrscheinlich nach dem dihybriden Modus, der statt $\frac{1}{4}$ nur $^1/_{11}$ der Kinder dementia-praecox-freier Eltern dieser Krankheit verfällt.

d) Sonstiges.

Bostroem (14) bringt hier kasuistisches Material zu *Wernicke*s akuter expansiver Autopsychose durch autochthone Ideen, die sich wegen ihrer Entstehung auf endogener konstitutioneller Grundlage und wegen ihres autotochthonen Auftretens ihres Verlaufes und Ausgangs in Beziehung setzen läßt zu den manisch-melancholischen Erkrankungen. Symptomatologisch paßt sie nicht in den Rahmen der reinen Manie besonders wegen des Fehlens der Ideenflucht und der manischen Bewegungsunruhe; auch als Mischzustand ist das Krankheitsbild nicht zu deuten. Dagegen läßt die Erkrankung sich einordnen in die große Gruppe der autochthonen Labilen (*Kleist*); und zwar handelt es sich hier um eine autochthone Labilität der Autopsyche und der Stimmung. Die autochthonen Ideen sind nicht die Grundlage oder auslösende Ursache der Erkrankung, sondern sind nur ein Symptom derselben.

Klieneberger (72) bringt die Krankengeschichte eines 56jähr. Mannes, der seit 12 Jahren an Diabetes leidet und mehrere Wochen psychisch krank war. Es handelte sich vor allem um wahnhafte Verkennungen und Vorstellungen und Halluzinationen. Dazu traten eigenartige motorische Erscheinungen. Daß diese zweifellos als symptomatisch zu deutende Psychose auf den Diabetes zurückzuführen ist, erscheint sicher, per exclusionem und per deductionem. Von Interesse ist, daß in dem Fall der Zuckergehalt stieg und die Hemmungen abnahmen bei Ausbruch der Psychose, bei der Genesung umgekehrt. Die weiteren Erörterungen über den Fall betreffen die



Verbindung endogener und exogener Faktoren und damit auch der Pathogenese der Psychose überhaupt.

Jacobi (55) entnahm hysterischen Kranken das nötige Blut und injizierte dann das präparierte Serum intravenös, 50—70 ccm in siebentägigen Intervallen ein Vierteljahr lang. Es handelt sich bei seinen Versuchen um 10 Kranke, zur Hälfte Fälle, die mehr der hebephrenen, zur Hälfte solche, die mehr der katatonen Gruppe der Dementia praecox angehörten. Bei den Hebephrenen hatte die Einspritzung keinen sichtbaren Erfolg. Anders bei der katatonen Gruppe. Hier konnte bei zwei Kranken entschieden, bei einem dritten eine fragliche Beeinflussung des Krankheitsbildes beobachtet werden. Ob diese allerdings nun wirklich eine Folge der Seruminjektion war, läßt *J.* dahingestellt. Zwei andere katatone Fälle blieben unbeeinflußt. — *J.* bespricht zwei gebesserte Fälle hier ausführlich. Auffallend ist hierbei jedenfalls der zeitliche Zusammenhang zwischen Seruminjektion und Änderung des Zustandsbildes der Kranken.

Körtke (73) kommt zu folgenden Schlüssen: Hoher Antitrypsingehalt des Serum ist bei Dem. praecox, manisch-depressivem Irresein deutlich häufiger angetroffen als bei Gesunden und Degenerierten, bei letzteren und Psychopathen jedoch häufiger als bei Normalen. Nur sehr hohe Werte wiesen mit Sicherheit auf das Bestehen einer Krankheitsform hin.

Differentialdiagnostisch läßt sich die Erhöhung des Antitrypsingehaltes zur Abgrenzung von Dem. praecox gegenüber manisch-depressivem Irresein nicht verwerten, gegenüber geistig Gesunden und Degenerierten nur mit großer Reserve. Nur die verhältnismäßig seltenen sehr hohen Werte lassen sichere Schlüsse zu, vorausgesetzt, daß man mit Sicherheit sonstige körperliche Krankheitszustände ausschließen kann.

Bei der Abderhalden-Reaktion ergibt sich, daß Abbauerscheinungen bei Gesunden nicht völlig fehlen. Auch gleichzeitiger Abbau von Gehirn und Geschlechtsdrüsen kommen vor. Häufiger sind Abbauerscheinungen bei Degenerierten, Psychopathen und Hysterikern, noch häufiger bei Manisch-depressiven. Bei Dementia praecox, Epilepsie und Paralyse sind Abbauerscheinungen sehr häufig, besonders bei Dementia praecox ist auffallend häufig gleichzeitiger Abbau von Gehirn- und Geschlechtsdrüsen vorhanden. (In 50 % der Fälle bei *Körtke.*)

Bei der Gruppe der Degenerierten und Psychopathen, bei Dem. praecox und bei manisch-depressivem Irresein scheint ein Parallelismus zwischen erhöhtem Antitrypsingehalt und positiver Abderhalden-Reaktion zu bestehen. Der Wert der Abderhalden-Reaktion für die praktische Diagnostik ist bisher recht beschränkt. Nur ganz allgemein kann geschlossen werden, daß positive Reaktion mehr für eine geistige Erkrankung besonders im Sinne der Dem. praecox spricht, wie negative. Die differentialdiagnostische Bedeutung der Abderhalden-Reaktion als Kriterium zwischen Dem. praecox und manisch-depressivem Irresein und der Degenerierten-Gruppe ist bisher nicht sichergestellt. Für die Prognose einer Erkrankung lassen sich weder aus dem Ausfall der Abderhalden-Reaktion noch aus dem Antitrypsingehalt sichere Schlüsse gewinnen.



Krisch (76) beschäftigt sich hier nach Darlegung der Hauptlehrmeinungen über die symptomatischen Psychosen ausführlich unter Beibringung zahlreicher Krankengeschichten, mit der die Differentialdiagnose gegenüber Dementia praecox (hyperkinetische Bilder, psychomotorische Akinese, Differentialdiagnose gegenüber chron. halluzinatorisch-paranoischen Erkrankungen ungünstiger Prognose), manisch-depressivem Irresein, progressive Paralyse, Epilepsie, Hysterie. Gegenüber der Dementia praecox ist die Differentialdiagnose die schwierigste, ist man auf das augenblickliche Zustandsbild angewiesen, oft unmöglich. Es gibt kein katatonisches Symptom, das nicht einmal auch bei reiner symptomatischen Psychose vorkommen könnte. Die zitternden deliranten Bewegungen z. B. beim Flockenlesen scheinen eine spezifische exogene Bedeutung zu haben. Ausgesprochenes anhaltendes Grimassieren, andauernde vertrackte, verschrobene Bewegungen, Stereotypien kommen bei symptomatischen Psychosen nicht vor. Das wichtigste differentialdiagnostische Merkmal gegenüber den katatonen Erkrankungen ist der Nachweis deliranter psychischer oder motorischer Erscheinungen, einer Bewußtseinstrübung nebst Desorientiertheit und Amnesie für die Psychose, sowie der Verlauf — nur selten länger als einige Monate — mit guter Krankheitseinsicht. Die Differentialdiagnose einer verworrenen Manie allein aus dem augenblicklichen Zustandsbild heraus kann oft unmöglich sein. Rein manische Züge im Verlauf einer symptomatischen Psychose sind selten, ebenso melancholische. Kurzdauernde Stimmungsschwankungen trifft man häufiger. Homonome Züge findet man jedenfalls nicht häufig. Nach Kopfverletzungen findet man maniforme und rein depressive Krankheitsbilder nur sehr selten. Bei Paralyse wird die Differentialdiagnose in den Fällen schwierig sein, die stark euphorisch sind, eine verwaschene Sprache, schlechte Merkfähigkeit u. dergl. zeigen und vor allem sich aus dem Korsakowschen Komplex entwickeln. Bei Epilepsie wird es selten schwierig sein.

K. kommt zu dem Schluß, daß meist eine Reihe von Bedingungen zusammentreffen muß, damit es zu einer symptomatischen Psychose kommt, oft wird dann eine als dominierende anzusprechen sein. Es wird sehr oft so sein, daß bei starker pathologischer Anlage auch bei geringen exogenen Schädigungen Psychosen auftreten, und zwar wahrscheinlich gerade dann solche mehr homonomen Charakters. Bei geringer oder fehlender pathologischer Anlage oder massiv einsetzender exogener Schädigungen aber werden wir gerade die typischen exogenen Reaktionsformen finden. Nach *K.*s Material scheinen auch psychische konstitutionelle Momente eine erhebliche Rolle zu spielen. Die symptomatischen Psychosen sind im allgemeinen selten. Für *Bonhoeffers* Lehre von den exogenen Prädilektionstypen spricht die große Häufigkeit der sogenannten exogenen oder, wenn man will, heteronomen Reaktionstypen gegenüber den sehr seltenen endogenen bzw. homonomen. Als wichtigstes differentialdiagnostisches Merkmal sind Delirien, Meningismusbilder und besonders der amnestische Symptomenkomplex, die Bewußtseinstrübung in allen Stärkegraden mit nachfolgender Amnesie anzusehen. Das in der Praxis brauchbarste differentialdiagnostische Symptom ist die Bewußtseinstrübung; nach Ablauf der Krankheit sprechen Amnesie und Krankheitseinsicht für symptomatische Psychose. Die Dauer — länger als einige Monate — spricht gegen eine sympto-



ıatische Psychose. Die körperlichen Parellelvorgänge sind häufig von ausschlag-ebender Bedeutung.

Künzel (78) gibt die Krankengeschichte eines Malers, eines Vertreters und 'orkämpfers der modernen Richtung, ohne sagen zu wollen, daß die vorliegende falerei eine krankhafte Entgleisung sei. Immerhin hält es *K.* nicht für ausge-chlossen, daß die Zeit es einmal lehren wird, daß wir es hier nicht mit einem ver-inzelten Fall zu tun haben. Dann erst sind wir berechtigt, dem Kubismus das Grab u graben.

Ranzow (123) berichtet über einen Fall von Dämmerzustand bei einer seit ahren an Migräne leidenden Dame und gibt im Anschluß daran einen diesbezüg-ichen Literaturüberblick, die Fälle von *Löwenfeld*, *Zacher*, *Krafft-Ebing*, *Brockmann*, *Iörchen*, *Mingazzini*, *Placzek*, *Determann*, *Hauber*. Die Psychose bei Migräne ent-teht meistens ohne jedes greifbare ätiologische Moment und begleitet am häufigsten en Migräneanfall selbst. Meistens handelt es sich um einen Dämmerzustand, äufig bestehen Gesichtshalluzinationen, oft tobsüchtiger Zustand. Stets Erinne-ungsdefekt. Der Zustand entsteht meist rasch. In der Mehrzahl der Fälle entsteht ie Psychose in Zusammenhang mit dem semikranischen Anfall, mitunter aber uch interparoxysmal. Die Dauer der Psychose ist kurz, in der Regel einige Tage, ft nur einige Stunden.

R. bespricht dann schließlich noch die von *Schröder* (Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 918) beschriebenen ungewöhnlichen periodischen Psychosen und die periodischen Dämmerzustände unklarer Entstehung, die *Mörchen* („Über Dämmerzustände" 901) beschrieben hat.

Runge (136) hat sich, wohl angeregt durch die Untersuchungen von *Fahraeus*, ıit der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Gesunden und eisteskranken beschäftigt und seine Resultate decken sich ganz mit den Resultaten on *Plaut* und von *Linsenmeier*. Er glaubt bisher schließen zu dürfen, daß nicht ur bei der Paralyse, der Tabes und Lues cerebri, der Arteriosklerose und entzünd-ichen Gehirnprozessen sowie Entzündungsvorgängen in anderen Körperregionen, ondern auch bei einem erheblichen Prozentsatz von Fällen der Dementia praecox-ruppe eine Beschleunigung der Sedimentierung vorkommt. In ganz vereinzelten 'ällen wird auch eine auffallend langsame Sedimentierung beobachtet. Eine be-chleunigte Sedimentierung bei Fällen mit funktioneller Neurose und Psychose und ei scheinbar Gesunden wird nicht immer vermißt, jedoch ergibt sich dann nicht elten, daß irgendeine bis dahin latente organische Erkrankung vorliegt. Bei Frauen ewirkt offenbar auch die Menstruation eine Beschleunigung der Sedimentierung. R. wird nächstens weitere Untersuchungen veröffentlichen.

Schaefer (140) bringt nach einer literarischen Übersicht einige Kranken-eschichten; worunter auch einige Psychosen nach Malaria.

Schröder (148) befaßt sich hier nur mit den akuten psychotischen Störungen es degenerativen Irreseins, nicht mit den Dauerzuständen der Degenerierten. Den erschiedenen Formen dieses akuten Irreseins ist eigentümlich, erstlich, daß sie Epi-oden, Phasen darstellen, zweitens, daß sie nicht zu geistigem Defekt führen, drittens aß sie auf dem Boden der Degeneration erwachsen. Wie *Sch.* sagt, ist die Heraus-



hebung und Zusammenfassung einer Gruppe von akuten Psychosen unter den Begriff der Degenerationspsychosen eine Notwendigkeit für die Systematik in der Psychiatrie. Sie stehen in naher Beziehung zu den manisch-depressiven Erkrankungen und zu den hysterischen Psychosen, alle drei sind Unterformen des schon viel weiteren Begriffes des degenerativen Irreseins mit allenthalben fließenden Grenzen. Solche Psychosen sind teils reaktive (Haftpsychosen), teils endogene. Als Schema für das degenerative Irresein schlägt *Sch.* vor: 1. Dauerzustände, 2. akute Psychosen und zwar hysterische Psychosen, manisch-depressive Psychosen, und Rest-Degenerationspsychosen. Das degenerative Irresein in dem hier umschriebenen Sinne ist eine Zusammenfassung von zahlreichen symptomatisch recht verschiedenartigen Zuständen. Was wir innerhalb des degenerativen Irreseins symptomatologisch als Formen abzugrenzen vermögen, sind gewissermaßen nur Kristallisationspunkte, an welche in weitem Umkreis andere Fälle von allen Seiten her anschießen.

Siebert (154) berichtet über 25 Kranke aus der Grippeepidemie 1918, und zwar handelt es sich in sechs Fällen um rein psychotische Störungen, und in 14 Fällen um psychotische Störungen verbunden mit meningitischen oder enzephalitischen Prozessen. Bei den übrigen Fällen handelt es sich um allgemeine Neurosen und Affektionen peripherer Nerven.

Siwinski (159) untersuchte mit dem Rotationstachistoskop unter anderen acht Kranke der Dementia praecox-Gruppe, vier Manisch-depressive und zwei Psychoasthenische. Bei den Kranken der ersten Gruppe war die Anzahl sämtlich gelesener Buchstaben etwas niedriger, die Anzahl der richtig gelesenen Buchstaben zweimal so niedrig, die Anzahl der richtig gelesenen und an richtige Stellen gesetzten Buchstaben mehr als dreimal geringer als bei Gesunden. — Bei den Manisch-depressiven war die Durchschnittszahl der sämtlichen gelesenen Buchstaben etwas geringer als bei Gesunden; dasselbe betraf die Anzahl der richtig gelesenen Buchstaben sowie die Anzahl der richtig gelesenen und an richtige Stellen gesetzten Buchstaben. — Bei den Psychasthenischen war die Durchschnittszahl aller gelesenen sowie die der richtig gelesenen Buchstaben etwas geringer als bei Gesunden, die Zahl der richtig gelesenen und an richtige Stellen gesetzten Buchstaben war zweimal geringer als bei Gesunden.

Villinger (171) berichtet ausführlich über einen kriminellen Fall, um den Nachweis zu führen, daß unter bestimmten Umständen gesunde Individuen aus seelischer Verursachung psychotisch werden können, und daß es psychogene, nicht hysterische Psychosen gibt, die nicht, wie bisher angenommen, bloß schreckneurotischer Art zu sein brauchen.



8. Organische Psychosen.

Ref.: Langelüddeke-Friedrichsberg.

1. *Adler*, *A.* (Berlin), Ein weiterer Vorschlag zur (chirurgischen) Behandlung der progressiven Paralyse. Psychol.-neurol. Wschr. Nr. 3/4, S. 25. (S. 165*.)
2. *Aebly*, *J.* (Zürich), Kritisch-statistische Untersuchungen zur Lues-Metalues-Frage nebst Bemerkungen über die statische Methode in der Medizin. Archiv für Psych. Bd. 61, H. 3, S. 693.
3. *Alexander*, *M. E.* and *Allen*, *H. L.*, Lethargic encephalitis. A report of 4 cases and an analysis of one hundred cases reported by the literature. Archiv of neurol. and psych. vol. 3, nr. 5.
4. *Antoni* (Hamburg), Beobachtungen von lebenden Spirochaeten im Dunkelfeld. Vortragsbericht Deutsche med. Wschr. Nr. 12, S. 334.
5. *Artom*, *Gustavo* (Roma), Sull'atrofia musculare progressiva tipo Charcot-Marie. Contributio clinico et anatomo-pathologico. Archivio generale di Neuroglia e Psych. vol. 1, p. 30.
6. *Auerbach*, *Siegmund* (Frankfurt a. M.), Die traumatischen Lähmungen und das Gesetz der Lähmungstypen. Neurol. Ztlbl. Nr. 23, S. 753.
7. *Derselbe*, Die Differentialdiagnose zwischen Tumor im Bereich des Rückhemarks, Meningitis serosa circumscripta spinalis und Caries der Wirbelsäule. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 60, S. 1.
8. *Bab*, *Werner*, Psychogene Komponente bei der Entstehung von Doppelbildern in einem Falle von Encephalitis lethargica. Neurol. Ztlbl. Nr. 12, S. 391.
9. *Baily*, *P.*, Contribution to the histopathology of „Pseudo-tumor cerebri". Archiv of neurol. and psych. vol. 4, nr. 4.
10. *Baller*, *Georg* (Marburg), Über rezidivierende schlaffe Lähmungen nach früherer epidemischer Poliomyelitis. Neurol. Ztlbl. Nr. 20, S. 658.
11. *Baum*, *Max*, Untersuchungen über die Veränderungen der Nervenzellen des Rückenmarks bei Einwirkung von Luft, Wasser, Fixierung und Einbettung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 62, S. 131.
12. *Baumm*, *Hans* (Königsberg), Progressive Bulbärparalyse und Kriegsbeschädigung. Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 961. (S. 169*.)
13. *Beaussart*, *P.*, Encéphalopathie syphilitique tertiaire. Rev. neurol. vol. 27, p. 547.



14. *Berblinger, W.* (Kiel), Zur Frage der genitalen Hypertrophie bei Tumoren der Zirbeldrüse. Virch. Arch. Bd. 227, Beiheft.

15. *Bianchi, Leonardo*, Le mesencefaliti. L'encefalite lethargica o poliomesencefalite. Studio vol. 10, p. 33.

16. *Bickel, Heinrich*, Über die Umbahnung nervöser Impulse. Münch. med. Wschr. 1920, Nr. 27. (S. 174*.)

17. *Binswanger, L.* (Kreuzlingen), Über Kommotionspsychosen und Verwandtes. Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Rascher & Co., Zürich 1919.

18. *Boccolari* (Modena), Ricerche batteriologiche sull' encefalite letargica. Il Policlinico, Sez. med. vol. 27, p. 122.

19. *Boenheim, Felix* (Stuttgart), Beitrag zur Kenntnis der Pseudosklerose und verwandter Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen den Erkrankungen des Gehirns und der Leber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 60, S. 10.

20. *Böttner, A.* (Königsberg), Ein Fall von atypischer Muskeldystrophie. D. med. Wschr. Nr. 23, S. 620. (S. 176*.)

21. *Bond, Earl D.* (West. Philadelphia, Ps.), Epidemic encephalitis and katatonic symptoms. The Americ. journ. of insanity vol. 76, no. 3. p. 261.

22. *Borutteau, H. J.* (Berlin), Einiges über neuere Gehirnforschung. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 2.

23. *Boström, A.* (Rostock-Gehlsheim), Über toxisch bedingte aufsteigende Lähmung mit Hämatoporphyrie, zugleich ein Beitrag zur Auffassung der Landryschen Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 56, S. 181. (S. 170*.)

24. *Derselbe*, Zur Diagnose der Stirnhirntumoren. Vortrag, X. Jahresvers. der Ges. deutsch. Neurol., Leipzig, Sept. 1920. Eigenbericht. Neurol. Ztlbl. Nr. 19, S. 649.

25. *Bouman, L.* (Amsterdam), Hirnveränderungen bei Tetanus. Ztschr. f. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 58, S. 301.

26. *Boveri, P.*, Il liquido cefalo-rachidiano nell' encefalite letargica. Riforma med. vol. 36, no. 19.

27. *Derselbe*, Encefalitis epidemica et Chorea del Dubini. Rivista di patol. nerv. et ment. vol. 25, fasc. 3/4.

28. *Brandes, M.* (Kiel), Der epileptische Anfall als Frühsymptom bei Schädelverletzungen. Bruns Beitr. Bd. 116, H. 5.

29. *Bresler, J.* (Kreuzburg), Cécile u. Oskar Vogts Hirnforschung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9/10, S. 78.

30. *Derselbe*, Die Hirnaderverkalkung. Kreuzburg, O.-Schl. Thielmann. 24 S.

31. *Brown, Sanger* (Kenilworth, Ill.), Anticipation of paresis and tabes in syphilitics. American journ. of insanity vol. 76, nr. 4, p. 396.

32. *Brüning, F.* (Berlin), Zerebrale Blasenstörungen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 113, H. 2.



33. *Brunschweiler, H.* (Lausanne), Observations cliniques sur les troubles de la sensibilité dans 12 cas de blessures parietales de guerre. Zur Diagnose und Behandlung von Kriegsverletzungen Bd. 1. Rascher & Co., Zürich 1919.

34. *Derselbe*, Un cas de troubles physiopathiques ou trouble d'ordre refléxe. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. vol. 6, H. 2.

35. *Büscher, Julius* (Kiel), Spirochätenbefund bei multipler Sklerose. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 2, S. 426. (S. 166*.)

36. *Bychowski*, Z. (Warschau), Über das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei Kriegsverletzten. Neurol. Ztlbl. 11, S. 354.

37. *Cassierer, R.* u. *Levy, F. H.* (Berlin), Zwei Fälle von flachen Hirntumoren. Ein Beitrag zur Gehirnschwellungsfrage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 61, S. 119. (S. 174*.)

38. *Ceni, C.*, Cervello e funzione genetica. Vecchie e nuove ricerche e considerazioni nelle influence psichiche. Rivista di pathol. nerv. e mentale vol. 22, fasc. 5.

39. *Cohn, Walter* (Stuttgart), Silbersalvarsannatrium und Sulfoxylat bei syphilitischen Nerven- u. Geisteskrankheiten. Württemb. med. Korrbl. Nr. 21. (S. 164*.)

40. *Cohn, Walter* u. *Ilse Lauber* (Stuttgart), Zur Frage der Encephalitis epidemica. München. med. Wschr. Nr. 24, S. 688. (S. 171*.)

41. *Cohn, Toby* (Berlin), Encephalitis ohne Lethargie während der Grippeepidemie. Neurol. Ztlbl. Nr. 8, S. 260.

42. *Cramer, Alec.*, Les formes somnolentes et insomniques de l'encéphalite épidémique. Revue méd. de la Suisse rom. vol. 40, no. 5.

43. *Creutzfeldt, Hans Gerhard* (Breslau), Über eine eigenartige herdförmige Erkrankung des Zentralnervensystems. Vorläufige Mitteilung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 57, S. 1.

44. *Derselbe*, Bericht über 12 histologisch untersuchte Fälle von Encephalitis epidemica. Aus der D. Forschungsanst. f. Psych. in München. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 21, H. 5/6, S. 367.

45. *Curschmann, Hans* (Rostock), Über Syringomyelia dolorosa mit ausschließlich sensiblen Störungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 50, S. 1185. (S. 175*.)

46. *Derselbe*, Die Spinalerkrankung als frühzeitiges Symptom der perniziösen Anämie. Med. Klin. Nr. 38, S. 969.

47. *Derselbe*, Über familiäre multiple Sklerose. D. Ztschr. f. Nervenkrkh. Bd. 66, H. 5—6.

48. *Demole, V.*, Encéphalite léthargique myelonique à prédominance unilatérale. Rev. méd. de la Suisse rom. no. 6.

49. *Dimitz, L.* (Wien), Über das plötzliche gehäufte Auftreten schwerer choreiformer Erkrankungen in Wien. (Encephalitis choreiformis epidemica.) Wien. klin. Wschr. Nr. 8.



50. *Dimitz*, *L.* (Wien), Zur Kenntnis der Encephalitis epidemica (choreiformis). 2. Mitteilung. Wien. klin. Wschr. Nr. 11.
51. *Dreyfus*, *G. L.* (Frankfurt a. M.), Die gegenwärtige Enzephalitis-Epidemie. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 538. (S. 171*.)
52. *Derselbe*, Die Beschaffenheit des Liquor cerebrospinalis — das entscheidende Moment für Prognose und Therapie in den einzelnen Stadien der Syphilis des Nervensystems. Münch. med. Wschr. Nr. 48. S. 1369 (Wilh. Erb-Nr.). (S. 161*.)
53. *Dub*, *Leo* (Prag), Dunkelfeldbeobachtung der Spirochaete pallida nach Fixierung. D. med. Wschr. Nr. 29, S. 794.
54. *Dünner*, *Lasar* (Berlin), Phosphaturie und organ. Nervenkrankheiten. Berl. klin. Wschr. Nr. 26, S. 608.
55. *Ecarius*, *Otto*, Über Paralysen mit langsamem Verlauf. Inaug.-Diss. München.
56. *v. Economo*, *Constantin* (Wien), Encephalitis lethargica-Epidemie von 1920. Wien. klin. Wschr. Nr. 16/17.
57. *Derselbe*, Encephalitis lethargica subchronica. Wien. Arch. f. inn. Med. S. 371. (S. 171*)
58. *Derselbe*, Considerations sur l'épidémologie de l'encéphalite léthargique et sur les différentes formes. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Vol. 7, p. 276. (S. 171*.)
59. *Derselbe*, L'encefalite letargica. Il policlinico vol. 27, no. 3.
60. *v. Economo*, *C.*, u. *Schilder*, *P.* (Wien), Eine der Pseudosklerose nahestehende Erkrankung im Präsenium. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 1. (S. 173*.)
61. *Edelmann*, *A.* (Wien), Über ein Großzehensymptom bei Meningitis und bei Hirnödem. Wien. klin. Wschr. Nr. 48.
62. *Egger*, *Ilse*, Über multiple Narbenbildung im Großhirn, kombiniert mit fibröser Septomeningitis und Pachymeningitis haemorrhagica interna bei einem 5 Monate alten Kinde. Inaug.-Diss. München.
63. *Egger*, *Karl*, Zwei Fälle von Gesichtsfeldeinschränkungen nach Kriegsverletzungen. Inaug.-Diss. München.
64. *Eichhorst*, *Hermann*, Über den Charakter der gegenwärtigen Grippeepidemie. Schweiz. med. Wschr. Nr. 15.
65. *Eiszenmann*, *Oskar*, Hirngeschwülste mit falschen Herdsymptomen. Gyógyászat No. 28.
66. *Ellis*, *R. S.*, Norms for some structural changes in the human cerebellum from birth ot old age. Journal of comp. Neurol. vol. 32, nr. 1.
67. *Elmiger*, *J.* (St. Urban-Luzern), Mikroskopischer Befund bei Encephalitis lethargica. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 31/32, S. 255.
68. *Eschweiler*, *Martin*, Über die Ursachen der multiplen Sklerose. Inaug.-Diss. Bonn.
69. *Feit*, *Hermann* (Koblenz), Über hypophysäre Kachexie. (Ein kasuistischer Beitrag zur Syphilis der Hypophyse.) Med. Klin. Nr. 16, S. 421.



'0. *Fesenbecker, Erwin*, Beitrag zu den interkraniellen Aneurysmen. Inaug.-Diss. München.
1. *Firth, Douglas* (London), Cerebellar fits of the Hughlins Jackson type. The Journ. of neurol. and psychopath. vol. 1, p. 48.
2. *Fischer, Oskar*, Isolierte einseitige Hypoglossuslähmung infolge Schädelbasisfraktur. Neurol. Ztlbl. 1920, Nr. 4. (S. 168*.)
3. *Derselbe*, Zur Pathologie des Sympathicus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 55, S. 343. (S. 169*.)
4. *Flechsig, Paul* (Leipzig), Anatomie des menschlichen Gehirns und Rückenmarks auf myelogenetischer Grundlage. Leipzig, Gg. Thieme. Bd. 1, 68 S., 25 Taf. 16 M.
5. *Fleischmann, Otto* (Frankfurt a. M.), Die Beziehungen zwischen dem Liquor cerebrospinalis und dem Plexus chorioidei. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 59, S. 305. (S. 162*.)
6. *Derselbe*, Die Beziehungen zwischen dem Liquor cerebrospinalis und der Hypophyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 62, S.171.
7. *Förtig, Hermann*, Über die Untersuchung paralytischer Hirne mittels Frontalschnitte. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 59, S. 132. (S. 166*.)
8. *Derselbe*, Zur Frage des Hirndrucks. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, S. 175. (S. 170*.)
9. *Fornara*, L'encefalite letargica. Il policlinico, Sez. med. vol. 27, p. 113.
0. *Forster, E.* (Berlin), Demonstration von Fällen von Encephalitis lethargica. Bericht vom 8. III. 20.
1. *Derselbe*, 5 Fälle von Encephalitis lethargica mit Psychosen. Choreatischer Symptomenkomplex bei Fleckfieber. Vortragsbericht, Berl. klin. Wschr. Nr. 45, S. 1081.
2. *Fränkel, Fritz* (Stuttgart), Zur traumatischen Ätiologie der Pseudosklerose. D. med. Wschr. Nr. 35, S. 966. (S. 169*.)
3. *Fragnito, O.*, Sull' l'encefalite letargica. R. Accademia dei fisiocritici in Siena. Sess. del 30. I. 1920.
4. *Francioni, Gius.*, Über histopathologische Befunde bei Psychopathien des Greisenalters. Rassegna di stud. psich. vol. 9, p. 77.
5. *Frank, Casimiro* (Roma), Forme cliniche, diagnosi, prognosi et cura dell' encefalite epidemica (cosidetta letargica). Archivio gen. di neuroglia e psich. vol. 1, fasc. 2, p. 257.
6. *Frets, G. P.* (Maasoort—Portug.), Spirochaete pallida bei Dementia paralytica. Tijdschr. voor Geneesk. No. v. 13. III.
7. *Friedemann, Julius* (Berlin-Schöneberg), Über Spättod nach Schädelverletzung. (Vgl. *Weise* in Nr. 16 d. Wschr.) D. med. Wschr. Nr. 26, S. 716.)
8. *Fuchs, Ludwig* (Würzburg), Fall von extramedullärem Rückenmarkstumor mit stark wechselnder Sensibilitätsstörung. Ein Beitrag zur topischen Diagnostik. Neurol. Ztlbl. Nr. 19, S. 625.



89. *Gärtner, Wolf*, Der Einfluß der Kultur auf die Paralyseentstehung. D. med. Wschr. Nr. 42.

90. *Gamper, Eduard* (Innsbruck), Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Psychosen im Rückbildungsalter und zur Frage der Wahnbildung aus überwertiger Idee. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 1, S. 111.

91. *Ganter, G.* (Greifswald), Beitrag zur Kenntnis der Pseudo-Tabes spondylosique (Babinski). D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, H. 1–2.

92. *Gatti, Stefano* (Treviso), Un caso di morbo di Paget seguito a trauma. Archivio gen. di neuroglia e psich. vol. 1, p. 81.

93. *Gerstmann, J.* (Wien), Zur Kenntnis der klinischen Erscheinungstypen und zur Prognose der jetzigen Encephalitisepidemie. Wien. klin. Wschr. Nr. 8.

94. *Derselbe*, Über die Einwirkung der Malaria tertiana auf die progressive Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 328.

95. *Gerstmann* und *Schilder, P.* (Wien), Zur Klinik pseudoskleroseähnlicher Krankheitstypen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 54, H. 1/5, S. 156.

96. *Dieselben*, Zur Kenntnis der Bewegungsstörungen der Pseudosklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 33.

97. *Gierlich, Nicolaus* (Wiesbaden), Über die Beziehungen des Prädilektionstypus der hemiplegischen Lähmung zur phylogenetischen Entwicklung der Pyramidenbahnen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 59.

98. *Derselbe*, Paralysis agitans und Trauma. Med. Klin. 1920, Nr. 41. (S. 169*.)

99. *Giugni* (Parma), Osservazioni cliniche sopra alcuni casi di encefalite letargica. Il Policlinico, Sez. med. vol. 27, p. 121.

100. *Goldberger*, Über die diagnostische und prognostische Bedeutung des Liquorbefundes bei Lues. Wien. klin. Wschr. Nr. 30/31.

101. *Goldstein, H.* (Frankfurt a. M.), Der funktionelle Aufbau der Hirnrinde. Vortragsbericht. Münch. med. Wschr. Nr. 40, S. 1158.

102. *Goldstein* u. *Frida Reichmann*, Über praktische und theoretische Ergebnisse aus den Erfahrungen der Hirnschußverletzungen. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 18, S. 405. (S. 167*.)

103. *Grafe, E.*, und *Groß, W.* (Heidelberg), Über einen ungewöhnlichen Fall von Konglomerattuberkulose des Gehirns (Sitz des Haupttuberkels am unteren Ende der Medulla oblongata). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 259.

104. *Gröbbels, Fr.* (München), Über Encephalitis lethargica. Münch. med. Wschr. Nr. 5, S. 131.

105. *Groß, K.*, Zur Frage der Encephalitis lethargica. Wiener med. Wschr. Nr. 9.

106. *Grütter, Ernst* (Lüneburg, Hann.), Über die Kombination von juveniler



Paralyse mit miliarer Gummenbildung bei zwei Geschwistern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 54, H. 1/5, S. 225. (S. 166*.)

107. *Günzel, Rudolf*, (Königsberg i. Pr.), Beitrag zur Lehre vom erworbenen Hydrocephalus internus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 120. (S. 169*.)

108. *Haenel, H.*, Dresden, Zur Klinik der extrapyramidalen Bewegungsstörungen (Linsenkernsyndrom). Neurol. Ztlbl. Nr. 21, S. 690. (S. 173*.)

109. *Hall, G. W.*, Occlusion of the right posterior-inferior cerebellar arteria. Journ. of the American med. Ass. vol. 74, nr. 17.

110. *Hart, Carl*, Berlin, Über Encephalitis bei und nach Grippe. Med. Klin. Nr. 33, S. 846.

111. *Harvier, P.*, et *Levaditi, C.*, Preuve anatomique et expérimentale de l'identité de nature entre certaines chorées graves aiguées fébriles et l'encéphalite épidémique. Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris. vol. 36, no. 16.

112. *Hassin, G. B.*, Histopathology of brain abscess, with remarks on intraspinal therapy. Arch. of neurol. and psych. vol. 31, nr. 6.

113. *Hauptmann, A.* (Freiburg i. Br.), Spirochäten und Hirnrindengefäße bei Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 122 (S. 166*.)

114. *Head, H.*, Aphasia and kindred disorders of speech. Brain, vol. 43, nr. 2.

115. *Heiß, Ernst W.* (Weiden, Oberpfalz), Zur Symptomatologie der neurozerebralen Grippeformen. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 663.

116. *Henneberg, R.* (Berlin), Rückenmarksbefunde bei Spina bifida (Diastematomyelie, kongenitale Syringomyelie). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 1, S. 1.

117. *Henschen, S. E.* (Stockholm), Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns. 5. Teil: Über Aphasie, Amnesie und Amusie. 6. Teil: Über sensorische Aphasie. Mit 15 bzw. 12 Tafeln. Nordisk Bokhandeln, Stockholm.

118. *Herschmann, Heinr.* (Wien), Meningitis nach Bazillenruhr. Wien. klin. Wschr. Jahrg. 33, Nr. 4. (S. 169*.)

119. *Derselbe*, Über eine direkt nekrotisierende Form der Hirnsyphilis (miliare, nicht gummöse Nekrosen in der Hirnrinde) eines Paralytikers. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 2 7. (S. 166*.)

120. *Herschmann, H.*, und *Pötzl, O.* (Wien), Bemerkungen über die Aphasie der Polyglotten. Neurol. Ztlbl. Nr. 4, S. 114. (S. auch *Schwalbe, J.*, Bemerkungen zu obiger Arbeit Nr. 8 ders. Ztschr.)

121. *Herzig, Ernst*, (Wien-Steinhof), Paralyse und Krieg. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 148. (S. 162.*)





122. *Hilgert*, *Fritz*, Ein Fall von nichtparalytischer Psychose bei Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Greifswald.

123. *Hirsch*, *C.* (Bonn), Zur vergleichenden Pathologie der Encephalitis nebst kritischen Bemerkungen zur Encephalitis lethargica (epidemica)-Diagnose. Berl. klin. Wschr. Nr. 26, S. 605.

124. *Hirsch*, *F.* (Rostock), Epilepsie-Tetanie bei Lues. D. Ztschr. f. Nervenkrankh. Bd. 46, H. 1—2.

125. *Höpler*, *F.*, Grippe-Encephalitis und Encephalitis lethargica. Wiener klin. Wschr. Jahrg. 33, S. 144.

126. *Hoestermann* (Magdeburg), Zur Frage der epidemisch auftretenden Encephalitis. D. med. Wschr. Nr. 26, S. 707.

127. *Hoffmann*, *Erich*, Über eine nach innen gerichtete Schutzfunktion der Haut (Esophylaxie) nebst Bemerkungen über die Entstehung der Paralyse. Dermatol. Ztschr. Bd. 28, H. 5. (S. 159*.)

128. *Hofstadt*, *Fritz* (München), Über eine eigenartige Form von Schlafstörung im Kindesalter als Spätschaden nach Encephalitis epidemica. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 1400. (S. 171*.)

129. *Homén*, *E. A.*, Experimentelle und pathologische Beiträge zur Kenntnis der infektiös-toxischen, nicht eitrigen Encephalitis. Arb. a. d. pathol. Inst., Helsingfors, Bd. 2, S. 1.

130. *Horstmann*, *Johann* (Hamburg), Über drei Fälle von syphilitischer Spinalerkrankung bei kongenital-luetischen Kindern. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, H. 1—2, S. 90. (S. 164*.)

131. *Hotz*, *H.* (Zürich), Über Grippekomplikationen des Nervensystems im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 90, H. 6.

132. *House*, *William*, Epidemic (lethargica) encephalitis. Clinical review of cases in Pacific Nordwest. The journal of the American med. Ass. vol. 74, p. 372.

133. *Hübschmann* (Leipzig), Hirntumor und Trauma. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, H. 1—2.

134. *Huisken*, *Gerda*, Zerebrale Herderkrankungen bei Typhus und Influenza. (Mit Beiträgen zur Kenntnis der grammatischen Sprachstörungen.) Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 6, S. 311.

135. *Husler*, *Josef* (München), Luetische Stigmata beim Kinde. Vortrag: Wiss. Sitzungen der D. Forschungsanstalt f. Psych. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u.E. Bd. 22, H. 1/2, S. 108. (S. 161*)

136. *Ibrügger*, *Heinrich*, Über die spinale progressive Muskelatrophie. Inaug.-Diss. Jena.

137. *Isserlin* (München), Demonstration Hirnverletzter (Agrammatismus, subkortikale Aphasie und Leitungsaphasie, optische Agnosie). (Aus d. D. Forschungsanst. f. Psych. in München.) Bericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 21, H. 5/6, S. 357.

138. *Jaffé*, *Rudolf* (Frankfurt a. M.), Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Encephalitis lethargica mit besonderer Berück-



sichtigung ihrer Stellung zur Grippe-Encephalitis. Med. Klin. Nr. 39, S. 1013.

139. *Jahnel, F.* (Frankfurt a. M.), Einiges über die Prinzipien und neueren Methoden des Spirochätennachweises im Gewebe mit besonderer Berücksichtigung des Zerebralnervensystems. Münch. med. Wschr. Nr. 32, S. 932.

140. *Jahnel*, Ein Verfahren zur elektiven Spirochätendarstellung in einzelnen Schnitten des Zentralnervensystems. D. med. Wschr. Nr. 29, S. 793.

141. *Derselbe*, Weitere Erfahrungen über Spirochätenfärbungen im Nervengewebe. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 1263.

142. *Derselbe*, Das Problem der progressiven Paralyse. Vortrag 86. Vers. D. Naturf. u. Ärzte, Mannheim, Sept. 1920. Bericht Neurol. Ztlbl. Nr. 22, S. 746. (S. 160*.)

143. *Derselbe* Über das Vorkommen von Spirochäten in der Aorta bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 360.

144. *Jakob, Alfons* (Hamburg), Über die Endarteriitis der kleinen Hirnrindengefäße. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 54, H. 1/5, S. 39. (S. 165*.)

145. *Derselbe*, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der stationären Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 54, H. 1/5, S. 117.

146. *Derselbe*, Die Bedeutung der Histopathologie des Zentralnervensystems für die Erforschung der Geisteskrankheiten. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 875.

147. *Derselbe*, Über seltnere Erkrankungen des Zentralnervensystems auf syphilitischer Grundlage. Vortrag Verein Nordd. Psychiater, Kiel 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 24, S. 151.

148. *Derselbe*, Über eigenartige Erkrankungen des Zentralnervensystems mit bemerkenswertem anatomischen Befund (spastische Pseudosklerose — Encephalomyelopathia microsclerotica disseminata). Vortrag, X. Jahresvors. der Ges. D. Neurologen. Leipzig, Sept. 1920. Bericht: Neurol. Ztlbl. Nr. 19, S. 655.

149. *Derselbe*, Chronische Erkrankung des Zentralnervensystems mit eigenartigen Gliaherden. Demonstration, Hamburg, 6. Juni 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 1/2, S. 47.

150. *Derselbe*, Ein Fall von syphilogener Erkrankung des Zentralnervensystems. Vortragsbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 1/2, S. 96.

151. *Jakob* und *Kafka, V.* (Hamburg), Die atypische Paralyse. Med. Klin. Nr. 44, S. 1123. (S. 163*.)

152. *Janecke, Alida* (Erfurt), Ein Fall von postenzephalitischer Schlafstörung. D. med. Wschr. Nr. 50, S. 1138.



153. *Jedlicka, J.* u. *V.*, Die Entstehung multipler Zerebralblastome und Blastome des pluriglandulären Systems auf der Basis der konstitutionellen Disposition. čas. česk. lék vol. 59, p. 2. (Tschechisch.)
154. *Josephy, Hermann* (Hamburg), Über einen seltenen Fall von Lues des Zentralnervensystems, kombiniert mit einer Erkrankung der Hypophyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 56.
155. *Derselbe*, Die feinere Histologie der Epiphyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 91. (S. 176*.)
156. *Kafka, V.* (Hamburg), Zur Differentialdiagnose der Paralyse. Vortragsbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 21, H. 2/3, S. 163. (S. 163*.)
157. *Kaufmann, Ernst* (Zürich), Encephalitis lethargica. Schweizer med. Wschr. Nr. 14.
158. *Kaufmann-Wolff, M.*, und *Abrahamson, E.*, Über Mortalität und Morbidität infizierter und nicht infizierter Nachkommen von Syphilitikern. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 89, S. 274.
159. *Kayser-Petersen, J. E.* (Frankfurt a. M.), Über Encephalomyelitis bei Grippe. Berl. klin. Wschr. Nr. 27, S. 632. (S. 170*.)
160. *Kerppola, W.* (Helsingfors), Aneurysmen an den Basalarterien des Gehirns mit besonderer Berücksichtigung der begleitenden Arteriosklerose an denselben Gefäßen. Arbeiten des pathol. Inst. Helsingfors Bd. 2, H. 1/2.
161. *Kino, F.* (Frankfurt a. M.), Über Balkenmangel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 163. (S. 176*.)
162. *Kirschbaum, Max Aug.*, Über kapilläre Gehirnblutungen. Frankf. Ztschr. f. Pathol. Bd. 23, S. 444.
163. *Klarfeld, B.*, Zur Histopathologie der experimentellen Blastomykose des Gehirns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 176.
164. *Klieneberger, Karl* (Zittau), Schlafkrankheit, Grippeenzephalitis, Encephalitis comatosa. D. med. Wschr. Nr. 24, S. 654.
165. *Klose, Rudolf* (Leipzig), Gehirn eines Wunderkindes (des Pianisten Goswin Sökeland). Ein Beitrag zur Lokalisation des musikalischen Talents im Gehirn. Inaug.-Diss. Leipzig u. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 2, S. 63.
166. *Kluge, Andreas* (Preßburg), Histologischer Befund in einem Falle von vertikaler Blicklähmung. Beitrag zur Arteriosklerose der Hirngefäße. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 301.
167. *Koch, Friedrich*, Ein Fall von Myotonia atrophica. Inaug.-Diss. Gießen.
168. *Königstein, H.* u. *Spiegel, E.* (Wien), Zur pathologischen Anatomie des Nervensystems in frühen Sekundärstadien der Syphilis bei positivem Spinal- und negativem Nervenbefund. I. Mitteilung. Wien. med. Wschr. S. 30 u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 144.



169. *Koennecke, Walter*, Friedreichsche Ataxie und Taubstummheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 53, S. 161. (S. 175*.)

170. *Kollmeier, Wilhelm* (Kiel), Krieg und progressive Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 1, S. 92. (S. 162*.)

171. *Krabbe, K. H.* (Kopenhagen), Congenital familial spinal muscular atrophies and their relations to amyotonia congenita. Brain vol. 43, nr. 2, p. 166.

172. *Krambach, Reinhard* (Dresden), Über einen Fall von Athetose nach peripherer Schußverletzung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 55, H. 3/4, S. 230.

173. *Kretschmer, Martin* (Berlin), Drei Fälle von familiärer zerebraler Kinderlähmung. D. med. Wschr. Nr. 45, S. 1241.

174. *Krüger, Hermann*, Ergebnisse der Blut- und Spinalflüssigkeitsuntersuchungen bei luetischen Hirn- und Rückenmarkserkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, S. 18. (S. 161*.)

175. *Küttner, H.* (Breslau), Verletzungen des Gehirns. Bd. 18 der „Neuen deutschen Chirurgie". Stuttgart, F. Enke. 627 S. 72 M. (S. 167*.)

176. *Kyrle, F.* (Wien), Welchen Wert hat die Liquorkontrolle bei Syphilis, und wann soll sie durchgeführt werden? Wien. med. Wschr. Nr. 42.

177. *Lafora, Gonzalo R.* (Madrid), Diagnostico y tratamientos modernos de la neurosifilis. Madrid, Calpe. 154 S.

178. *Langelüddeke, Albrecht* (Hamburg), Die Schwankungen der Arbeitskurve bei Normalen und Hirnverletzten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 216. (S. 168*.)

179. *Leschke, Erich* (Berlin), Lähmungen nach Grippe. Berl. klin. Wschr. Nr. 22, S. 514.

180. *Derselbe*, Zur klinischen Pathologie des Zwischenhirns. D. med. Wschr. Nr. 35/36.

181. *Levy, Walter*, Fehlen der Wassermannschen Reaktion im Liquor zerebrospinalis bei progressiver Paralyse. Inaug.-Diss. Erlangen.

182. *Licen, E.* (Triest), Zur Histopathologie des Nervensystems bei Fleckfieber. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 3/4, S. 199.

183. *Liepmann, H.*, Apraxie. Aus den „Ergebnissen der gesamten Medizin". Herausg.: Th. Brugsch. Wien-Berlin, Urban u. Schwarzenburg.

184. *Lotmar, F.*, Zur Kenntnis der erschwerten Wortfindung und ihre Bedeutung für das Denken der Aphasischen. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 5, H. 2 u. Bd. 6, H. 1.

185. *Lowrey, Lawson Gentry* (Boston), A note on a certain anomaly of gyration in brains of the insane. The American journ. of insan. vol. 77, nr. 1, p. 87.

186. *Lua, Martin* (Hamburg-Langenhorn), Zur Kasuistik der Alzheimerschen Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 60.



187. *Maas*, *Otto* (Berlin-Buch), Agrammatismus und die Bedeutung der rechten Hirnsphäre für die Sprache. Neurol. Ztlbl. Nr. 14, S. 465 u. 15 S. 506. (S. 174*.)

188. *Derselbe*, Zur Kenntnis des Agrammatismus. Vortragsbericht v. 12. 4. 1920. D. med. Wschr. Nr. 25, S. 703.

189. *Maas*, *O.*, und *Hirschmann*, *Karl* (Berlin), Erfolgreiche wiederholte Rezidivoperation bei Hirntumor. Berl. klin. Wschr. Nr. 50, S. 1187.

190. *Maas*, *O.*, und *Zondek* (Berlin), *H.*, Beobachtungen an einem Fall von Dystrophia myotonica. Vortragsbericht v. 9. Februar 1920. Deutsche med. Wschr. Nr. 14/15, S. 418. (S. 175*.)

191. *Dieselben*, Untersuchungsbefund an einem Fall von Dystrophia myotonica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd 59, S. 322.

192. *Maier*, *Hans W.* (Zürich), Über Encephalitis lethargica. Schweizer med. Wschr. Nr. 12 u. 13. (S. 171*.)

193. *Manson*, Hereditary spastic paraplegia with ataxia and mental defects. British med. Journ. 25. Sept. Nr.

194. *Marburg*, *O.* (Wien), Retrobulbäre Neuritis optica und multiple Sklerose. Wien. klin. Wschr. Nr. 10, S. 210.

195. *Marburg*, *O.* (Wien), und *Cassierer*, *R.* (Berlin), Traumatische Schädigungen des Rückenmarks. Vorträge, 10. Jahresvers. d. Ges. deutscher Nervenärzte, Leipzig, Sept. 1920. Bericht: Neurol. Ztlbl. Nr. 19, S. 631.

196. *Marie*, *Pierre*, et *Foix*, *Ch.*, Paraplégie en flexion d'origine cérébrale par nécrose sousépendymaire progressive. Revue neurol. vol. 27, No. 1.

197. *Marie* et *Lévy*, *G.*, Le syndrôme excitomoteur de l'encéphalite épidémique. Revue neurol. vol. 27, p. 513.

198. *Dieselben*, Quinze cas de mouvements involontaires apparus à la suite d'épisodes grippaux et d'encéphalite léthargique. La Médecine 1920. no. 1, p. 270.

199. *Marie* et *Trétiakoff*, *C.*, Examen histologique des centres nerveux dans un cas de chorée aiguë de Sydenham. Revue neurol. no. 5.

200. *Marinesco*, *G.*, Studie über Ursprung und Natur der herdförmigen Sklerose. Sonderdruck aus der Revue neurol. 1919, p. 481.

201. *Marinesco* et *Trétiakoff*, Étude histo-pathologique des centres nerveux dans trois cas de maladie de Friedreich. Revue neurol. vol. 27, no. 2.

202. *Markus*, *Wilhelm*, Zur Symptomatologie der Hirngeschwülste. Ein Fall von Tumor cerebri des Streifenhügels. Inaug.-Diss. Kiel.

203. *Meggendorfer*, *Friedrich* (Hamburg), Interkranielle Salvarsanbehandlung nach Enderlen u. Knauer. Vortragsbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 1/2, S. 68. (S. 165*.)

204. *Derselbe*, Die Disposition zur Paralyse. Med. Klin. Nr. 12, S. 305 (S. 160*.)



205. *Derselbe*, Über den Ablauf der Paralyse. Vortrag, Deutscher Verein f. Psych., Hamburg, Mai 1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 5/6, S. 367. (S. 161*.)

206. *Meinicke*, *E.* (Ambrock bei Hagen, Westf.), Zum Nachweis der Syphilis durch Ausflockungsreaktion. D. med. Wschr. Nr. 1, S. 13.

207. *Derselbe*, Weitere Erfahrungen mit der Ausflockungsreaktion bei der Serodiagnostik der Lues. Bemerkungen z. d. Arbeit von *Papamarku* in Nr. 36 d. Wschr. Med. Klin. Nr. 51, S. 1324.

208. *Meyer*, *Erich*, Fünf Fälle von Encephalitis lethargica. Ein kasuistischer Beitrag. Inaug.-Diss. Kiel.

209. *Meyersohn*, *Franz* (Frankfurt a. M.), Ein Beitrag zur Lehre der durch innersekretorische Störungen komplizierten Tabes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 71. (S. 164*.)

210. *Mingazzini*, *Giovanni* (Rom), Über einige Fälle von operierten Wirbelsäulen- und Rückenmarkstumoren. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 1, S. 121.

211. *Derselbe*, Über eine (cerebro-) spinale — cerebellare Krankheit. Vortrag, 10. Jahresvers. der ges. deutsch. Nervenärzte, Leipzig, Sept. 1920. Bericht: Neurol. Ztlbl. Bd. 19, S. 647.

212. *Derselbe*, Klinische und pathol. anatomische Beiträge zum Studium der Hypophysengeschwülste. D. Ztschr. f. Nervenkrkh. Bd. 66, H. 5—6, S. 1274.

213. *Mingazzini* und *Ciarla*, *E.* (Rom), Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der Apraxie. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 1, S. 24.

214. *Mittelstaedt*, *W.* (Jena), Über Bauchmuskellähmungen bei Poliomyelitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 1.

215. *Modena*, (Ancona), Polioencefalite infettiva. Il Policlinico, Sez. med. vol. 27, p. 122.

216. *Moewes*, *C.* (Berlin-Lichterfelde), Über Encephalitis lethargica mit besonderer Berücksichtigung der chronischen Verlaufsformen. Berl. klin. Wschr. Nr. 22, S. 512.

217. *Molter*, *Karl*, Über gleichzeitige zerebrale medulläre und periphere Neurofibromatosis. Inaug.-Diss. Jena.

218. *Monguzzi*, *U.*, Nota clinica su un caso di sclerosi laterale amiotrofica combinata con lesione dei fasci cerebellari. Giornale di med. militare vol. 68, fasc. 7.

219. *Monrad-Krohn*, *G. H.*, Regarding the treatment of general paresis. The journal of mental sciences. Jan. 10.

220. *Moritz*, *F.* (Köln), Über Encephalitis lethargica. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 711. (S. 170*.)

221. *Morse*, *M. E.*, Brain tumors as seen in hospitals for the insane. Archiv of neurol. and psych. vol. 3, p. 417.

222. *Mühlens*, *P.*, *Weygandt* und *Kirschbaum* (Hamburg), Die Behandlung



der Paralyse mit Malaria- und Recurrens-Fieber. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 832.

223. *Neustädter, M.*, Present status of poliomyelitis. Its etiology, pathology, clinical manifestations and the present methods of diagnosis and treatment. Internat. clin. I, p. 82.

224. *Nissl* †, Zur Kasuistik der arteriosklerotischen Demenz. Ein Fall von sog. „Encephalitis subcorticalis". (Aus den im Nachlaß von Nissl gefundenen Notizen.) Klinische Schlußbemerkungen von *Kraepelin*. Aus der Deutschen Forschungsanstalt f. Psych. Münch. Sitzung v. 24. April 1919. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 19, H. 6/7, S. 438.

225. *Nonne, Max* (Hamburg), Zum Kapitel der epidemisch auftretenden Bulbärmyelitis des Hirnstammes. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, H. 5/6.

226. *Oehmig, Ossian* (Dresden), Encephalitis epidemica choreatica. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 660 (S. 171*.)

227. *Oelze, F. W.* (Leipzig), Über die Bewegung der Spirochaete pallida. Münch. med. Wschr. Nr. 32, S. 921.

228. *Oesterlin, Ernst*, Über herdförmige Gliawucherungen bei Malaria und Schwarzwasserfieber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 19.

229. *Osnato, M.*, Trauma and other non-luetic influences in paresis. The journal of nervous and mental dis. vol. 52, nr. 2.

230. *Pace, Domenico*, Due casi di meningo-cefalite grippale guariti con la puntura lombare. La riforma med. vol. 36, p. 175.

231. *Pari, G. A.*, Emi-anidrosi et emi-iperidrosi spinali nella sindrome del Brown-Sequard. Rivista crit. clin. med. vol. 21, no. 13.

232. *Parrisius, W.* (Tübingen), Greifreflex bei Hirntumor. Beitrag zum Studium des Sitzes der Zentren einiger komplizierter Reflexbewegungen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, H. 1—2.

233. *Peritz, Georg* (Berlin), Über Störung der Aufmerksamkeit bei Gehirnverletzten. Prakt. Psychol. Bd. 1, S. 159.

234. *Pette, H.* (Hamburg-Eppendorf), Über den Einfluß der verschiedenen Formen antisyphilitischer Behandlung auf das Entstehen der „metaluetischen" Erkrankungen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, H. 3/4, Wilh. Erb-Nr. (S. 161*.)

235. *Derselbe*, Hat sich Häufigkeit und Verlauf der Lues cerebrospinalis mit Einführung des Salvarsans geändert? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 31. (S. 162*.)

236. *Pfeifer, R. A.* (Leipzig), Myelogenetisch-anatomische Untersuchungen über das kortikale Ende der Hörleitung. Bd. 37 der Abhandlungen der mathem.-physischen Klasse der sächsischen Akademie der Wissenschaften Nr. II. Leipzig, Teubner, 1920. (S. 174*.)

237. *Pick, A.* (Prag), Über die Beeinflussung von Visionen durch zerebellar



ausgelöste vestibuläre und ophthalmologische Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 213.

238. *Pick*, Das halbhundertjährige Jubiläum der Entdeckung der Rindenzentren. Ein Gedenkwort für Eduard Hitzig. D. med. Wschr. Nr. 1, S. 18.

239. *Pilcz, Alexander* (Wien), Zur Klinik der epidemischen Enzephalitis. Neurol. Ztlbl. Nr. 12, S. 386.

240. *Pirilä, P.* (Helsingfors), Die frühluetische Erkrankung des Zentralnervensystems (drei Fälle mit positiven Spirochätenbefund). Arb. aus d. Pathol. Inst. zu Helsingfors Bd. 2, H. 1/2.

241. *Derselbe*, Zur Kenntnis des luetischen Primäraffektes mit besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Zellformen und der Spirochaete pallida. Arb. a. d. Pathol. Inst. Helsingfors Bd. 2, H. 1/2.1

242. *Plaut, F.* (München), Die Wassermannsche Reaktion bei der Paralyse. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. *V. Kafka* in diesem Hefte S. 260 ff. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 295.

243. *Derselbe*, Liquorveränderungen bei Encephalitis lethargica. Aus der Deutsch. Forschungsanstalt f. Psych. München. Sitzungsbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 21, H. 4/5, S. 369.

244. *Plaut* und *Steiner, G.* (München), Weitere Erfahrungen bei Rekurrensinfektionen. (Vgl. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 53 u. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. 24.) D. med. Wschr. Nr. 40, S. 1101.

245. *Polgar, Franz*, Wie kann die Lethargie der epidemischen Enzephalitis erklärt werden? Gyogyászat Nr. 21.

246. *Pussep, L.* (Petersburg), Die chirurgische Behandlung der syphilitischen Affektionen des Zentralnervensystems auf Grund eigener Erfahrungen. Eingesandt v. d. Kriege. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 1, S.

247. *Raeder, Oscar* (Boston), Interim report of the neurosyphilis investigation of the Massachusetts Commission of mental diseases. The American journ. of insan. vol. 76, nr. 4, p. 449.

248. *Rautmann, Hermann* (Freiburg i. Br.), Über Encephalitis myoclonica. Vortrag, 45. Wandervers. Südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Juni 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E., Bd. 21, Heft 5/6, S. 338.

249. *Raven, W.* (Hamburg-Eppendorf), Der Liquor cerebrospinalis bei Rückenmarkskompression. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, H. 1—2.

250. *Redwood, F. H.*, Combined sclerosis due to anemia of the pernicions type: report of a case. The Journal of the American med. Ass. vol. 74, nr. 15.

251. *Reich, H.* (Aarau), Über die Schlafkrankheit (Encephalitis lethargica). Schweizer med. Wschr. Nr. 11.

252. *Resch* (Bayreuth), Isolierte Ventrikeltuberkulose — Chorea minor? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19/20, S. 154 (S. 174*.)

253. *Richter, Ed.* (Hamburg), Heilung eines Falles von Meningitis syphilitica mit



Kontraluesin. Demonstration und Vortrag v. 23. III. 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 21, H. 2/3, S. 134. (S. 164*.)

254. *Derselbe*, Meningorezidiv mit Kontraluesin behandelt. Ztschr. f. d. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 229.

255. *Rodriguez*, *Belarmino*, Nos résultats personnels dans le traitement intrarachidien des neurosyphiles. Revue neurol. no. 5.

256. *Röper*, *E.* (Hamburg), Leichtere geistige Störungen nach Kopfschüssen. (Die traumatisch-psychopathische Konstitution.) Neurol. Ztlbl. Nr. 22, S. 721. (S. 168*.)

257. *Rohde*, *Max* (Erfurt), Kasuistischer Beitrag zu den Kleinhirnerkrankungen. Neurol. Ztlbl. Nr. 13, S. 423. (S. 168*.)

258. *Derselbe*, Über einen Fall von Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior mit anschließendem postinfektiösen Schwächezustand bei Influenza. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 1, S. 51.

259. *Rohden*, *Ludwig* (Jena), Der atonisch-astatische Typus der zerebralen Kinderlähmung. Inaug.-Diss. Jena u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 67.

260. *Rotky*, *Hans* (Prag), Über Grippemeningitis (Encephalitis). Med. Klin. Nr. 13, S. 335.

261. *Runge*, *W.* (Kiel), Beitrag zur Frage der Pachymeningitis dorsalis. Zusammenhang mit Trauma. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 6. (S. 169*.)

262. *Derselbe*, Die Therapie der metasyphilitischen und syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Vortragsbericht v. 19. 2. 1920. Med. Klin. Nr. 14, S. 380. (S. 164*.)

263. *Derselbe*, Beobachtungen bei Encephalitis epidemica. Vortrag,: D. Verein f. Psych., Hamburg, Mai 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 22, H. 3/4, S. 205.

264. *Derselbe*, Klinisch-psychiatrische Beiträge zur Encephalitis epidemica. Vortrag, Verein Nordd. Psych., Kiel 1920. Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 24, S. 154.

265. *Sabatini*, *Giuseppe*, Sull' encefalite letargica. Il Policlinico, Sez. med. vol. 27, p. 97.

266. *Saiz*, *G.*, Diastematomielia in soggetto paralitico. Rivista di patol. nerv. et mentale vol. 25, fasc. 5 u. 6.

267. *Schaffer*, *Josef*, Vorlesungen über Histologie und Histogenese nebst Bemerkungen über Histotechnik und das Mikroskop. Leipzig, Wilh. Engelmann. 32 M.

268. *Scharnke*, (Marburg), Spirochäten, Serum und Liquor. Studien zur Pathogenese der Paralyse. Vortrag, Vers. Mitteld. Psych. u. Neurol., Jena, Okt. 1920. Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 24, S. 148.

269. *Schenk*, *P.*, Über einen intra vitam diagnostizierten Fall von Cysticercus racemosus. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, H. 5—6.



270. *Schirren, Karl Georg*, Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Tumor cerebri und Enzephalomalazie. Inaug.-Diss. Kiel.

271. *Schlesinger, Hermann* (Wien), Die jetzt in Wien herrschende Nervengrippe (Encephalitis, Polyneuritis und andere Formen). Wien. klin. Wschr. 33, Nr. 17. (S. 171*.)

272. *Derselbe*, Die Schmerzhaftigkeit des Kopfskeletts bei der Hungerosteomalazie. Wien. med. Wschr. Nr. 18.

273. *Derselbe*, Fall von Wilsonscher Krankheit (lentikulärer Degeneration). Wien. med. Wschr. Nr. 3.

274. *Schlichting, Walter* (Plauen i. Vogtl.), Ein Beitrag zur Frage der Encephalitis lethargica. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 4, S. 192. (S. 171*.)

275. *Schliephake, Erwin*, Zur diagnostischen Verwertbarkeit taktilmotorischer Reaktionen bei zerebral bedingten Lähmungen. Inaug.-Diss. Gießen.

276. *Schmidt, Heinrich* (Nürnberg), Die kausale Therapie der luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1201.

277. *Schmidt-Kraepelin, Toni* (München), Über die juvenile Paralyse. H. 20 der Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie u. Psych. Berlin, Jul. Springer. 124 S. — 24 M. (S. 163*.)

278. *Schmincke, Alexander* (München), Zur Kenntnis der Megalenzephalie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 154. (S. 175*.)

279. *Derselbe*, Leberbefunde bei der Wilsonschen Krankheit. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., Orig. Bd. 57, S. 352. (S. 173.*)

280. *Derselbe*, Encephalitis interstitialis Virchow mit Gliose und Verkalkung. Zugleich ein Beitrag zur Verkalkung interzerebraler Gefäße. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 290. (S. 173*.)

281. *Schneider, Erich* (Breslau), Torsionsspasmus, ein Symptomenkomplex der mit Leberzirrhose verbundenen progressiven Lentikulardegeneration (in besonderer Berücksichtigung des Leberbefundes). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 3/4, S. 289.

282. *Schob, F.* (Dresden), Hemichorea und Hemiathetose nach Schädeltrauma. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 65, H. 3/6.

283. *Schröder, P.* (Greifswald), Paralyse und Entzündung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 3/4, S. 215. (S. 165*.)

284. *Derselbe*, Einführung in die Histologie und Histopathologie des Nervensystems. 2. Aufl. umgearbeitet. Jena, G. Fischer. — Ungebunden 16 M.

285. *von Schuckmann, Walter* (Plagwitz-Bober), Sensorische Aphasie nebst Bemerkungen zur Gedächtnispathologie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 5, S. 232. (S. 174*.)

286. *Schultze, E.* (Göttingen), Alzheimersche Krankheit. Vortragsbericht D. med. Wschr. Nr. 28. S. 788.



287. *Schuster, Julius* (Budapest), Beitrag zur Histopathologie und Bakteriologie der Chorea infectiosa. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 332.

288. *Derselbe*, Beiträge zur Ätiologie der progressiven Paralyse. Orvosi hetilap Nr. 30.

289. *Derselbe*, Ist es möglich, unter den syphilitisch Infizierten die zur Tabes und Paralyse disponierten im Anfangsstadium der Infektion mit biologischen Reaktionen zu erkennen? Gyógyászat Nr. 36 u. 38.

290. *Derselbe*, Studien zur Paralyse. (Aus der königl. ung. psych.-neurol. Universitätsklinik.) Orvosi Hetilap, Ann. 64, Nr. 52. (S. 166*.)

291. *Scripture, E. W.* (London), Ataxia, Aphasia und Apraxia in speech. Journ. of neurol. and psychopathol. vol. 1, nr. 2, p. 124. (S. 174*.)

292. *Seelert, Hans* (Berlin), Beitrag zur Kenntnis der Rückbildung von Apraxie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 3, S. 125. (S. 173*.)

293. *Sicard, I. A.*, Le traitment de la syphilis nerveuse par les injections novarsénicales à petites doses répétées et prolongées. Presse méd. no. 29.

294. *Derselbe*, L'unité du venin syphilitique. Presse méd. no. 52.

295. *Sieben, Hubert* (Bärstedt-Hessen), Über die Infektiosität der Poliomyelitis anterior acuta. Psych. neurol. Wschr. Nr. 13/14, S. 106.

296. *Derselbe*, Salvarsan und Paralyse. Ztschr. f. ärztl. Forschung. Nr. 7. (S. 164*.)

297. *Siegmund, H.* (Köln), Zur pathologischen Anatomie der herrschenden Encephalitis chronica. Berl. klin. Wschr. Nr. 22, S. 509. (S. 172*.)

298. *Sigg* (Zürich), Über das Zeichnen der Senilen. Vortrag. 56. Vers. Schweizer Irrenärzte, Wil-St. Gallen, Juni 1919, Neurol. Ztlbl. Nr. 5, S. 176.

299. *Sindelar*, Drei Fälle von Syringomyelie und ein Fall von Basedow in einer Familie. Cás. césk lék. vol. 59, p. 25. (Tschechisch.)

300. *Sioli, F.* (Bonn), Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat. D. med. Wschr. Nr. 8, S. 205. (S. 164*.)

301. *Sittig, Otto* (Prag), Über Gliastrauchwerk im Kleinhirn und andere Veränderungen bei einem Falle von traumatischer Epilepsie nach Kopfschuß. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 26.

302. *Sorrentino, F.*, Contributo alla dottrina dell' afasia. Il Policlinico, Sez. prat. vol. 27, no. 20.

303. *Souques, A.* et *Lantuéjoul, P.*, Hyperalbuminose énorme du liquide céphalorachidien dans un cas de cogulation massive. Revue neurol. vol. 27, no. 2.

304. *Spät, W.* (Prag), Zur Frage der epidemischen Enzephalitis. Wien. klin. Wschr. Nr. 14.

305. *Spatz, Hugo* (München), Über degenerative und reparatorische Vorgänge nach experimentellen Verletzungen des Rückenmarks. (Vor-



läufige Mitteilung.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 58, S. 327. (S. 175*.)

306. *Speer, Ernst* (Jena), Silbersalvarsanbehandlung der multiplen Sklerose. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 1260. (S. 166*.)

307. *Speidel, O.* (Stuttgart), Spätfolgen der Enzephalitis nach Grippe. Münch. med. Wschr. Nr. 22, S. 631.

308. *Spielmeyer, W.* (München), Über einige Beziehungen zwischen Ganglienzellveränderungen und gliösen Erscheinungen, besonders am Kleinhirn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 54, H. 1/5, S. 1. (S. 176*.)

309. *Derselbe*, Die histopathologische Zusammengehörigkeit der Wilsonschen Krankheit und der Pseudosklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 312. (S. 173*.)

310. *Spiller, W. G.*, Monoplegia spinalis spastica. Arch. of neurol. and psych. vol. 3, no. 6.

311. *Sprenger, Georg*, Über einige morphologische Verschiedenheiten der Spirochaete pallida im Paralytikergehirn. (Aus der psych. Universitätsklinik Frankfurt a. M.) Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 3, S. 479. (S. 162*.)

312. *Staehelin, R.* (Basel), Encephalitis epidemica. Vortragsbericht, 45. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, Juni 1920. Bericht: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 22, H. 3/4, S. 207. Ausführl.: Schweizer med. Wschr. Nr. 11, S. 201.

313. *Stahl, Rudolf*, Über Hemiplegia cruciata. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, Nr. 1.

314. *Stanojevic, L.* (Zagreb-Kroatien), Zur Symptomatologie der Tumoren des rechten Stirnhirns. Wien. klin. Wschr. 33. Jahrg., S. 85.

315. *Derselbe*, Beitrag zur Lokalisation der bilateralen Apraxie der Gesichts- und Sprechmuskulatur auf Grund eines längere Zeit hindurch beobachteten Falles. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 6, S. 301.

316. *Steiger, Max*, Beitrag zur Frage der Behandlung der Hypophysentumoren mit Röntgenstrahlen. Schweizer med. Wschr. Nr. 26.

317. *Stein, Conrad*, Die Bedeutung der Funktionsprüfung des Gehörorgans für die Frühdiagnose und Prognose der zerebralen Arteriosklerose. Ztschr. f. klin. Med. H. 1 u. 2.

318. *Steiner, G.* (Heidelberg), Experimentelle Syphilis. (Aus der psych. Klin. Prof. Wilmanns, Heidelberg.) Syphilis des Nervensystems, insbesondere progressive Paralyse und Tabes. (S. 425). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 20, H. 4/5, S. 229—331. (S. 160*.)

319. *Stenvers, H. W.*, Klinisches Studium über die Funktion des Cerebellums und die Diagnose der Cerebellar- u. Brückenwinkeltumoren. Doktordiss. Utrecht. 157 S.

302. *Stern, Felix* (Kiel), Die Pathologie der sog. „Encephalitis lethargica“. Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 3, S. 621. (S. 172*.)



321. *Stertz, G.* (München), Über eine Enzephalitisepidemie vom klinischen Charakter einer schweren Chorea minor: Encephalitis epidemica choreatica. Vortragsber. v. 11. 2. 1920. Münch. med. Wschr. Nr. 8, S. 225.

322. *Derselbe*, Weitere Erfahrungen mit Encephalitis epidemica. Sitzungsbericht des Ärztevereins München. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 466. (S. 170*.)

323. *Derselbe*, Zum Verständnis der mangelnden Selbstwahrnehmung der eigenen Blindheit, zugleich ein Beitrag zur Symptomatologie der Tabesparalyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 327. (S. 163*.)

324. *Derselbe*, Zur Enzephalitisepidemie 1920. (Aus der D. Forschungsanst. f. Psych. München.) Vortragsbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 21, H. 5/6, S. 363.

325. *Stiefler, G.* u. *M. v. Kurz* (Linz a. Donau), Zur Klinik der Encephalitis lethargica epidemica. Vortrag, 86. Vers. D. Naturf. u. Ärzte, Sept. 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 23, H. 3, S. 168.

326. *Stiefler*, Zur Klinik der Encephalitis lethargica. Wien. klin. Wschr. Nr. 14.

327. *Derselbe*, Feldärztliche Beobachtungen über organische Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 61, S. 174. (S. 168*.)

328. *Strümpell, Adolf* (Leipzig), Über Encephalitis epidemica (Encephalitis lethargica). D. med. Wschr. Nr. 26, S. 705. (S. 170*.)

329. *Stuchlik, Jaroslaw* (Košcic), Encephalitis lethargica. Vortragsbericht. Cás. césk. lék. vol. 59, S. 279. (Tschechisch.)

330. *Derselbe*, Die therapeutischen Erfahrungen bei der Behandlung der Paralyse. Cás. césk. lék. vol. 59, p. 359.

331. *Stursberg, H.* (Bonn), Zur Kenntnis der Syringomyelie. D. med. Wschr. Nr. 44, S. 1214.

332. *Szigeti, B.*, Ein Fall von Thrombose des Sinus sagittalis bei Grippe. Wien. klin. Wschr. Nr. 14.

333. *Turettini* et *Pietrowski*, La ponction lombaire dans l'encéphalite épidémique. Revue méd. de la Suisse rom. vol. 40, no. 5.

334. *Vecchi*, Bologna, De l'encefalite letargica. Ref. del 12. II. 1920. Il Policlinico, Sez. prat. vol. 27, p. 310.

335. *Veraguth, O.* (Zürich) und *Brunschweiler, H.* (Lausanne), Zur Experimentalpsychologie der Sensibilitätsstörungen Hirnverletzter. Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Rascher & Co., Zürich 1919. Bd. 1, S. 273.

336. *Vörner, Hans* (Leipzig), Zur Organotropie der Spirochaete pallida. Med. Klin. Nr. 44, S. 1138. (S. 161*.)

337. *Vorkastner, W.* (Greifswald), Beitrag zur Frage der Rückenmarksver-



änderungen bei der progressiven Paralyse. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, H. 3/4. Wilh. Erb-Nr.

338. *v. Wassermann* (Dahlem), Neue experimentelle Forschungen über Syphilis. Vortragsbericht v. 15. 12. 1920. Münch. med. Wschr. Nr. 53, S. 1530.

339. *Watson, George W.* (Rainhill), A case of encephalitis lethargica involving chiefly the cerebral cortex. The journal of neurol. and psychopathol. vol. 1, no. 1, p. 34.

340. *Weidner, C.* (Rostock-Gehlsheim), Hirntumor und paranoisches Symptomenbild. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 56, S. 1.

341. *Weimann, Waldemar*, Über einen atypischen, präsenilen Verblödungsprozeß. (Aus der D. Forschungsanst. f. Psych., Vortrag 3. Nov. 1920.) Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 23, H. 5, S 355.

342. *Derselbe*, Beitrag zur Kenntnis der anämischen Spinalerkrankungen. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 2, S. 515.

343. *Weise, Hans*, Über Spättod nach Schädelschüssen. D. med. Wschr. Nr. 16.

344. *Wetzel, A.* (Heidelberg), Neuere Liquorprobleme bei der Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 2, S. 224.

345. *Weygandt u. Mühlens* (Hamburg). Die Behandlung der Paralyse mit Impfung von Malaria (Tertiana und Tropica) und mit Recurrens. Vortragsbericht v. Juni 1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 22, H. 1/2, S. 95. (S. 165*.)

346. *Williams, T. A.*, Diagnosis of the lesions of the nervous system produced by violent explosions in close proximity without external lesions. Boston med. and Sarg. journ. no. 2.

347. *Winter, W.* und *Götz, W.* (Tübingen), Beobachtungen über den Kischschen Reflex bei Schädelverletzungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 58, S. 280.

348. *Wohlwill, Friedrich* (Hamburg), Die Geschichte der pathologischen Anatomie des Nervensystems in ihrer Beziehung zur Erkenntnis der Nerven- und Geisteskrankheiten. Akademische Antrittsvorlesung, D. med. Wschr. Nr. 33, S. 906.

349. *Worster-Drought, C.* (London), The treatment of cerebrospinal fever. The journal of neurology and psychopath. vol. 1, no. 1, p. 11.

350. *Zündel, Wilhelm*, Beitrag zur Frage der Schädigungen des Zentralnervensystems durch Salvarsaninjektionen. Inaug.-Diss. Jena.

Nach *Hoffmann* (127) besitzt die Haut allem Anschein nach eine biologische Funktion (Esophylaxie), „vermöge deren sie Schutz- und Heilstoffe zu produzieren vermag, die die inneren Organe und das Nervensystem gegen Parasiten und deren Gifte unterstützen und vor ihnen behüten". Für diese Annahme spricht unter anderem die Erfahrung, daß „bei ausgedehnter Erkrankung der Haut an tertiärer Syphilis und Lupus vulgaris die inneren Organe so oft frei bleiben". Das Zusammen-

treffen metasyphilitischer Erkrankungen mit tertiären Hautsyphiliden ist ungemein selten, und in Ländern, in denen letztere häufig sind, treten die ersteren sehr zurück. Das Fehlen oder die Geringfügigkeit der Hauterscheinungen im Frühstadium bei späteren Metasyphilitikern spricht dafür, „daß infolge der mangelnden Hautreaktion immunisierende Substanzen nicht in genügender Menge produziert worden sind, um den nervösen Organen ausreichenden Schutz zu gewähren oder die eingetretene Erkrankung zu überwinden.

Steiner (318) gibt eine Übersicht über die bisherigen Forschungen über experimentelle Syphilis, namentlich soweit sie die Nervensyphilis betreffen. Danach sind wir noch weit entfernt von einer klaren Einsicht in die Immunitätsverhältnisse bei der tierischen Syphilis; jedenfalls ist keine tierexperimentelle Erfahrung gemacht worden, die gegen die bei der menschlichen Syphilis wohl allgemein anerkannte Annahme des Fehlens einer echten Immunität spräche; die Ausbildung einer eigentlichen echten Immunität bei Syphilis gibt es nicht, weder bei der menschlichen noch bei der tierischen Syphilis; eine Immunität, durch die nach völlig abgeheilter Syphilis eine Neuinfektion verhindert wird, kommt weder bei menschlicher noch bei tierischer Syphilis vor. Der Umstand, daß bei und nach syphilitischer Allgemeininfektion die Nachimpfung mit virulentem Impfstoff erfolglos bleibt, beweist nicht die Immunität, sondern nur, daß der betreffende Organismus noch Spirochätenträger ist. Die zweifellos im syphilitischen Tierkörper einsetzenden Gegenwirkungen gegen die Antigene sind unvollständig und sind an die gleichzeitige Anwesenheit des Virus im Tierkörper gebunden. Echte Antikörper sind weder bei der experimentellen Tiersyphilis noch bei der menschlichen Syphilis sicher bekannt geworden.

Meggendorfer (204) nimmt neben der luetischen Infektion eine besondere Disposition des Individuums als notwendig für das Entstehen einer Paralyse an. Diese Disposition sieht er in konstitutionellen und konditionellen, die individuelle Reaktionsfähigkeit in bestimmter Weise beeinflussenden Faktoren, namentlich in einer Reaktionsschwäche auf das eingedrungene Virus. Die konstitutionellen Momente kommen in Blutdrüsenalterationen im Habitus, vielleicht auch in gehäuften Degenerationszeichen zum Ausdruck. Sie „bestehen wohl in äußeren Einflüssen, welche die Immunkörperbildung beeinträchtigen; wie etwa höheres Lebensalter oder Alkoholismus und andere Schäden des sogenannten Kulturlebens". Durch ungenügende Behandlung kann die Reaktionsschwäche des Organismus noch gesteigert werden. Aus diesen Anschauungen heraus kommt der Verf. zu bestimmten Gesichtspunkten für das ärztliche Handeln; für das Gegebene hält er spezifische Behandlung kombiniert mit unspezifischer, die Reaktionskräfte des Körpers anregende Fieberbehandlung, die er bei Versagen der ersteren schon in frühem Stadium angewendet wissen will.

Jahnel (142) verlangt, da alle bisher aufgestellten und überhaupt denkbaren Theorien der Paralyseentstehung unbefriedigend seien, die Sammlung eines größeren Tatsachenmaterials auf den verschiedenen die Paralysefrage berührenden Wissensgebieten. Er demonstriert Spirochäten in der Aorta bei Paralyse, wodurch „zum ersten Male der einwandfreie Nachweis geführt worden sei, daß bei der Paralyse



ußerhalb des Zentralnervensystems von diesem unabhängige Herde stärkerer pirochätenwucherung vorkommen können".

Vörner (336) faßt seine Betrachtungen so zusammen: „Die Organotropie ird dann in Erscheinung treten, wenn der Keim schon einmal Entwicklungs-edingungen im Organ eines Individuums fand und, nach der Übertragung auf ein weites, wiederum günstige Verhältnisse im gleichen Organ antraf. Die Passage eigert die Virulenz der Erreger für das Organ, aber das Virus braucht deshalb ine Wirkung auf andere nicht einzubüßen, andrerseits kann es aber trotz ge-eigerter Virulenz immunisatorische Verhältnisse in diesem Organ vorfinden, die ne reaktive Wirkung desselben verhindern."

Pette (234) untersucht an großem Material (868 Tabes- und 595 Paralyse-llen) den Einfluß der antisyphilitischen Behandlung. Die große Mehrzahl, nämlich ,2 % Tabiker und 68,2 % Paralytiker, waren nicht behandelt. Die Zahl der sgiebig behandelten Kranken war gering (4,1 % und 1,1 %) die Inkubationszeit, h. die Zeit zwischen Erwerb der Lues und dem Ausbruch der Metalues, nimmt it zunehmendem Alter ab; sie betrug bei Kranken, die sich ihre Lues im Alter n 15—20 Jahren erworben hatten, durchschnittlich 21,2 Jahre und sank all-ählich auf 9,3 Jahre für das Alter von 41—50 Jahren. Die Unterschiede schwank-n von 41 bis zu 3½ Jahren. Die kürzere Inkubationszeit bei ausgiebiger Queck-lberbehandlung wird nicht auf das Quecksilber, sondern auf die größere Virulenz r Spirochäten und die mangelhafte Reaktionsfähigkeit des Körpers zurück-führt. Die Wirkung des Salvarsans ist noch unsicher; doch scheint die In-bationszeit verkürzt; ungenügende Salvarsanbehandlung soll den Ausbruch von abes und Paralyse befördern.

Husler (135) gibt eine Zusammenstellung der luetischen Stigmata beim inde; keines dieser Stigmen sei unbedingt beweisend für bestehende oder abge-ufene Lues, doch komme mehreren von ihnen hoher diagnostischer Wert zu.

Meggendorfer (205). An einer großen Zahl von Tabes- und Paralysefällen rd die Spanne zwischen Infektion und Ausbruch der metaluetischen Erkrankung rechnet. Danach ist die Infektionszeit um so kürzer, je älter das Individuum im Erwerb der Syphilis war. *M.* weist darauf hin, daß bei der Entwicklung der ıralyse die Reaktionskraft des Organismus eine wichtige Rolle spiele.

Dreyfuß (52) zeigt an großem, bis zu 10 Jahre beobachtetem Material (über 00 Fälle von Lues I, II, latens, Neurorezidiven, Lues cerebrospinalis und Tabes e Wichtigkeit des Liquorbefundes für die Prognose und Therapie der genannten krankungen. Über allen Kranken, die 9—12 Monate nach ausgiebiger Be-ndlung noch liquorpositiv sind, schwebt das Damoklesschwert der späteren Meta-s. Die Therapie muß daher frühzeitig einen dauernd normalen Liquor mit allen itteln anstreben. Die in so außerordentlich knapper Form gehaltenen Mitteilungen gnen sich nicht für ein noch kürzeres Referat.

Krüger (174) stellt die Ergebnisse der Blut- und Liquoruntersuchung von 0 Paralytikern und Taboparalytikern, 84 Tabikern und 72 Zerebrospinal-Luetikern sammen. Der Wert der 4 Reaktionen für die Abgrenzung der einzelnen Formen r metasyphilitischen Erkrankungen ist nur ein sehr beschränkter.



Herzig (121) behandelt die Frage des Zusammenhanges zwischen Krieg und Paralyse. Nach seinen Erfahrungen an 360 Paralytikern aus der Zeit vom 1. August 1914 bis 1. August 1918 und bei deren Gegenüberstellung mit den Paralysekranken der letzten drei Friedensjahre hat der Krieg weder den Ausbruch in früherem Lebensalter als in den Friedensfällen bedingt, noch war die Inkubationszeit verkürzt. Der Ansicht *Weygandts*, die Paralysen der Kriegszeit hätten die Neigung, rascher zum Tode zu führen, schließt er sich nicht an; dagegen leugnet er nicht die Wahrscheinlichkeit des Kriegseinflusses auf den Verlauf der einmal ausgebrochenen Paralyse. Die Kriegsereignisse färbten auf den Ideenkreis ab, solange die Intelligenz noch leidlich intakt war, später erlosch das Interesse für den Krieg ebenso wie für andere Tagesereignisse.

Kollmeier (170) gelangt zu ganz ähnlichen Ergebnissen auf Grund der an der Kieler Klinik beobachteten Krankheitsfälle: Kriegsbeschädigungen allgemeiner wie besonderer Art, insbesondere Verletzungen des Kopfes, Gehirnerschütterungen und dergl. spielten keine besondere Rolle. Den rascheren Verlauf mancher Fälle schiebt Verf. namentlich auf die veränderte Ernährung.

Pette (235). Seit Einführung des Salvarsans hat die Zahl der Früherkrankungen des Nervensystems zugenommen, während in den nächsten Jahren eine Abnahme der Erkrankungen zu verzeichnen ist. Neben der Meningitis luica bzw. der gummösen Hirnhauterkrankung tritt die endarteriitische Form mehr in den Hintergrund. Ungenügende Salvarsanbehandlung ist eher schädlich als nützlich.

Sprenger (311) fand in einem Paralytikerhirn neben wenigen Spirochäten von kurzer, dicker Form zahlreiche Formen mit 26—32 Windungen und abnorm geringer Dicke (höchstens etwa 0,15 μ), außerdem Schwärme, deren Formen sich aus kleinen Teilstrecken zusammensetzten. Er nimmt an, daß gewisse Veränderungen im äußeren Medium erhebliche Formänderungen der Spirochaeta pallida zur Folge haben können. Gegen eine selbständige, dem zentralen Nervenparenchym angepaßte Varietät der Sp. p. spreche in erster Linie auch das dauernde Beisammensein verschiedener Körperformen der Parasiten auf engstem Raume. Schon bei morphologischer Betrachtung erscheine die große Variabilität der Formen, die derjenigen bei der eigentlichen Syphilis entspreche, bemerkenswert in Hinsicht darauf, daß bisher weder ganz bestimmte, sich gleichbleibende Rassenmerkmale noch eine Vererbbarkeit derartiger Merkmale festgestellt werden konnte. Verf. schließt sich der *Ehrlich*schen Theorie der hohen Rezidivstämme an.

Fleischmann (75) faßt die Entstehung des Liquors cerebrospinalis als einen Filtrationsprozeß aus der Blutbahn auf, bei dem durch die spezifische Tätigkeit der Plexuszellen alle die Bestandteile des Serums, deren Übertritt bedenklich erscheine, abgefangen würden; nur bei bestimmten Schädigungen würden von den Plexuszellen auch Stoffe aus dem Blute durchgelassen. Das ganze Zentralnervensystem werde durch Plexus und Meningen gegen den übrigen Körper abgeschlossen; durch letztere erfolge ein Durchtritt nur in extremen Fällen; ein Übertritt sei gewöhnlich nur durch die Plexus möglich, die selbst bei Störungen vermittels ihres differenzierten Epithels noch eine gewisse Regulierung aufrechtzuerhalten imstande seien. Verf. stellt die Liquorabsonderung als „asorptive Sekretion der

produktiven Sekretion" gegenüber. Seine frühere Anschauung von der selbständigen Absonderung des Labyrinthwassers hält er heute für sehr fraglich; Endo- wie Perilymphe seien mit Wahrscheinlichkeit Zerebrospinalflüssigkeit.

Kafka (156) weist auf die Bedeutung des Liquorbefundes für die Differentialdiagnose der Paralyse an der Hand von zwei Fällen hin, in denen die frühere Diagnose auf Grund der klinischen Analyse und des serologischen Verhaltens ausgeschlossen werden konnte.

Jacob und *Kafka* (151) rechnen mit etwa 15 % atypisch verlaufenden Paralysen. Abweichungen von gesetzmäßigem Verlauf bestehen hinsichtlich der Latenzzeit (Verkürzung derselben), des Erkrankungsalters (juvenile, infantile und senile Formen), des Krankheitsablaufs (foudroyant verlaufende und stationäre Formen), der Symptomatologie (apoplektiforme Krankheitsschübe mit stationären Lähmungserscheinungen und eigenartiger Verblödung). Ferner sind bemerkenswert die Taboparalysen und die Fälle mit vorwiegend anatomisch atypischem Befunde (paralytische Prozesse vermischt mit anderweitigen syphilitischen Veränderungen). Serologisch fand *Kafka* in 18,7 % negativen Blutwassermann, mehrfach keine oder unbedeutende Phase I und Pleozytose bei positivem Liquorwassermann; wichtiger ist das Negativwerden der Liquorreaktionen, das öfters auf das Stationärwerden der Paralyse hinweist. Ferner sah er Schwankungen der Reaktionen von der negativen zur positiven Seite und zurück. Atypien im Blut bei positiver Liquorreaktion kommen auch bei klinisch und anatomisch typischen Fällen vor. Atypien des Liquorbefundes finden sich meist beim Bestehen klinischer oder anatomischer Atypien.

Schmidt-Kraepelin (277) gibt eine übersichtliche ausführliche Darstellung der juvenilen Paralyse. Danach scheint das männliche Geschlecht häufiger befallen zu werden als das weibliche; die Dauer der Erkrankung nimmt mit zunehmendem Lebensalter ab; sie ist beim männlichen Geschlecht meist länger als beim weiblichen, bei der juvenilen Paralyse länger als bei der Paralyse der Erwachsenen. Erbliche Belastung mit Geisteskrankheit und psychopathische Minderwertigkeit spielen bei der Entwicklung der juvenilen Paralyse keine besondere Rolle; Alkoholismus der Eltern ist häufig. Über 25 % der Kinder leiden an Entwicklungshemmungen (Infantilismus); etwa 33 % ist angeboren schwachsinnig. Als Frühsymptome zeigen sich meist Wachstumsstillstand und Charakterveränderungen. Herdsymptome, Lähmungen usw. sind ziemlich häufig. Optikusatrophie ist relativ häufig; absolute Pupillenstarre überwiegt bei weitem die reflektorische. An sonstigen Symptomen sind häufig: „pseudochoreatische" Bewegungsunruhe, starke, auf zerebellare Störungen hinweisende Ataxie, epileptiforme Anfälle, periodisch auftretende Erregungszustände. Größenideen sind selten und tragen dann kindliches Gepräge. Bisweilen wurden an Delirium tremens erinnernde Zustände beobachtet. Weiterhin werden die Besonderheiten der biologischen Reaktionen besprochen. Ebenso die des Verlaufs und des Ausganges der Krankheit.

Stertz (323) berichtet über 2 Fälle von Tabesparalyse mit Amaurose; während die letztere in dem einen Falle im Mittelpunkte der Beachtung stand und sogar zum Gegenstande von Größenideen gemacht wurde, fehlte im anderen Falle die



Selbstwahrnehmung der eigenen Blindheit. Verf. bespricht unter Heranziehung der in der Literatur niedergelegten Fälle die Möglichkeiten des Zustandekommens eines derartigen Mangels der Selbstwahrnehmung; er meint, das nur unter dem Gesichtspunkt eines psychopathologischen Verdrängungsmechanismus verstehen zu können, der „die emportauchende Bewußtheit der Blindheit im statu nascendi auslösche".

Meyersohn (209) berichtet, nachdem er allgemein den Zusammenhang von Erkrankungen der endokrinen Drüsen mit der Tabes besprochen hat, über eine tabische, 54 Jahre alte Frau, die zugleich an Osteomalazie litt. Ein ätiologischer Zusammenhang der beiden Erkrankungen, der an sich wohl möglich wäre, wird für diesen Fall abgelehnt.

Sioli (300) berichtet über Behandlungsergebnisse von 20 Paralytikern mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat. Er gab große Dosen, Silbersalvarsan bis über 10 g (Einzeldosis bis 0,6), Sulfoxylat bis zu 18 g (0,8). Unbeeinflußt blieben 9 Kranke, bemerkenswerte Besserungen zeigten 5, sehr gute Besserungen 6 Kranke. Mit der klinischen Besserung ging im allgemeinen eine entsprechende Beeinflussung der 4 Reaktionen einher. Frischere Fälle gaben bessere Resultate als ältere; Fälle mit über zwei Jahre Krankheitsdauer bieten keine Aussicht auf Besserung.

Runge (262) gibt eine Übersicht über seine Behandlungsergebnisse mit 3—10 g Altsalvarsan oder Salvarsannatrium, ferner mit kombinierter Salvarsan-Quecksilber-Jodtherapie mit Carotisinjektionen (nach *Knauer*) und Milchinjektionen. Die Erfahrungen über die letzteren sind noch nicht abgeschlossen. Am meisten empfiehlt er die kombinierte Salvarsan-Quecksilber-Jodtherapie mit langer Behandlungszeit und hoher Gesamtdosis, die er bei allen nicht zu fortgeschrittenen Paralytikern anwenden will, während er von der endolumbalen Behandlung keine besonderen Erfolge bei Paralyse gesehen hat. Bei Tabes und Lues cerebrospinalis sah er gute Erfolge bei der Salvarsantherapie mit hohen Dosen.

Richter (253) demonstriert eine Frau, die an schwerer basaler Meningitis luica in der Nähe der rechten Olive und des rechten Bracchium conjunctivum mit seröser Meningitis und wahrscheinlich entsprechender lokaler Hirnbeteiligung erkrankt war, obwohl sie kurz zuvor mit Quecksilber und Salvarsan behandelt war. Auf Kontraluesingaben besserten sich die Symptome schnell, und die Kranke konnte schließlich geheilt aus der Behandlung entlassen werden.

Sieben (296) bringt einen Fall von Paralyse, der nach kombinierter Salvarsan-Quecksilber-Jodkalibehandlung eine gute Remission bekam.

Cohn (39) sah ebenfalls gute Wirkungen des Sulfoxylat und des Silbersalvarsan bei Paralyse, Lues cerebri usw. Tabiker waren gegen die neuen Mittel anscheinend etwas empfindlicher als gegen die früheren.

Horstmann (130) teilt drei Fälle von luetischer Rückenmarkserkrankung mit bei kongenial luetischen jugendlichen Patienten, von denen zwei unter dem Bilde der Meningomyelitis luetica, der dritte unter den Erscheinungen der spezifischen Polyomyelitis verlief. Nur in einem Falle war die Wa.-Reaktion im Liquor positiv. Unter spezifischer Behandlung heilten die erstgenannten zwei Fälle ganz oder fast

ganz aus, der letzte zeigte nach Abschluß der Behandlung den Beginn einer klinischen Besserung.

Adler (1) schlägt vor, Paralytikern „die Schädelkappe abzunehmen, die harte Hirnhaut und Arachnoidea zu beiden Seiten des großen Längsblutleiters in großer Ausdehnung zu spalten, event. noch Querschnitte daraufzusetzen, die serösentzündliche Flüssigkeit abzulassen", Adhäsionen zu lösen und das Gehirn mit warmen Silber-, Quecksilber- oder Salvarsanlösungen wiederholt abzuspülen, event. auch einzupudern und dann die Schädeldecke wieder aufzusetzen. Man sollte einen derartigen Vorschlag kaum für möglich halten.

Weigandt und *Mühlens* (345) berichten über ihre Versuche der Fieberbehandlung bei Paralyse. Von 17 lange genug beobachteten Fällen wurden 12 wieder berufsfähig. Der Liquorbefund war mehrfach gebessert, ohne daß jedoch ein Parallelismus zum klinischen Bilde bestand. Benutzt wurden Malaria tertiana und tropica und Recurrens, die sich bei der Wirkung ungefähr gleich kamen.

Meggendorfer (203) hat 34 Paralytiker durch Einspritzungen von Neosalvarsan Silbersalvarsan und Sublimat in die A. carotis int. nach *Enderlen* und *Knauer* behandelt. Er sah in 15 % Remissionen. Im ganzen wurde der Verlauf durch die Behandlung, obwohl einige Patienten bis 15 Injektionen erhielten, kaum beeinflußt. Die bei einigen Kranken vorhandene serologische Besserung stimmte nicht mit dem klinischen Verhalten überein. Schädigungen traten durch den Eingriff nicht ein.

Jakob (144) beschreibt 13 Fälle von Endarteriitis syphilitica der kleinen Hirngefäße. Er bestätigt die von *Nissl* festgestellten Tatsachen über das Wesen dieses Prozesses. Es handelt sich um eine nichtentzündliche Form der Hirnsyphilis, bei dem sich häufig entsprechend der lokal beschränkten, intensiveren Entwicklung der Veränderung eine herdförmige Betonung zeigt. Spirochäten sind nie nachgewiesen worden. Neben der Endarteriitis finden sich im Gehirn nicht selten entzündliche luetische Veränderungen. Das klinische Krankheitsbild wechselt außerordentlich. Bemerkenswert sind die serologischen Befunde. Für gewöhnlich sind die Liquorreaktionen negativ oder nur ganz schwach. Interessant ist, daß mehrere komplizierte Fälle bei früher stark positiven serologischen Befunden allmählich schwächer oder negativ wurden. *Josephy.*

Schröder (283) kommt auf Grund eingehender Überlegungen zu folgendem Ergebnis: „Für die Deutung der „Infiltratzellen" um die Gefäße ist nicht nur die bisher vorwiegend unbestrittene Alternative hämatogen-histiogen in Betracht zu ziehen, sondern es ist noch eine dritte Möglichkeit gegeben, die Lymphogonie der Elemente; das gilt auch für die Paralyse. *Nissls* Annahme von der Hämatogonie der Lymphozyten- und Plasmazellenmäntel bei der Paralyse und verwandten Prozessen erscheint nicht sehr gesichert. Die Berechtigung, überhaupt bei der Paralyse von Entzündung im Sinne *Cohnheims* zu sprechen, kann deshalb ernstlich in Zweifel gezogen werden. *Nissls* rein histologisch gestützter Begriff: chronische Entzündung für Veränderungen, wie sie die Paralyse aufweist, erscheint heute anfechtbar. Über die Herkunft und Bedeutung der Zellen des Liquor cerebrospinalis ist so gut wie nichts sicher bekannt; ihre Abstammung aus der Lymphe ist nicht unwahrscheinlich. Die Extravasation von weißen Blutelementen bei Pro-



zessen, welche entzündlich genannt zu werden pflegen, ist wahrscheinlich stets nur eine passagere, vorübergehende Erscheinung während der allerersten Tage; sie hört rasch auf, außer, wenn die entzündungserregenden Ursachen fortdauern. Sie ist belanglos für die sich daran anschließenden reparatorischen Vorgänge. Es kann zweifelhaft sein, ob ihr überhaupt eine größere Bedeutung zukommt und ob es berechtigt ist, in ihr das wesentliche anatomische Kennzeichen für die klinisch als Entzündung bezeichneten Vorgänge zu sehen."

Herschmann (119) beschreibt eigenartige Nekrosen mit reichlichen Spirochäten in der Rinde eines Paralytikergehirns. Die geichen Befunde sind bereits von *Sträußler* und *Hauptmann* beschrieben worden. Er hielt sie für eine besondere Art von syphilitischen Veränderungen und schlägt dafür den Namen direkt nekrotisierende Form der Hirnsyphilis vor. *Josephy.*

Förtig (77) hat in der Würzburger Klinik Paralytikergehirne an Frontalschnitten makroskopisch genau untersucht. Er bespricht die innere Schwellung, die Verhältnisse zwischen rechts und links, vorn und hinten und die Ventrikelbefunde. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. *Josephy.*

Speer (306) berichtet über Behandlungsversuche mit Silbersalvarsan bei multipler Sklerose. Von 17 meist vorgeschritteneren Fällen wurden 6 gebessert, 2 gebessert, jedoch mit Nebenwirkungen des Salvarsans, 2 blieben unverändert, zeigten aber ebenfalls Nebenwirkungen, und 7 verschlechterten sich. Die Gaben betrugen meist bis etwa 2,0 g innerhalb etwa 107 Wochen. An Nebenwirkungen sah Verf. namentlich eine durch die üblichen Mittel nicht beeinflußbare Tachykardie. Trotz der schlechten Erfolge rät er doch zur Anwendung des Mittels.

Büscher (35) erhob bei einer Frau mit multipler Sklerose, die plötzlich starb, folgenden mikroskopischen Befund: „Auf mehreren Abstrichpräparaten von verschiedenen grauroten Herden unter anderem von einem frischrötlichen Herde der weißen Substanz aus dem Gebiete des Gyrus postcentralis werden vereinzelte Spirochäten bei Beobachtungen im Dunkelfelde 15 und 39 Stunden nach dem Tode in wellenschlagartiger Eigenbewegung gefunden." Im Laufe der Untersuchung entfernen sie sich deutlich von Vergleichspunkten. Sie erscheinen ziemlich kurz und gedrungen.

Grütter (106) berichtet über 2 Fälle von juveniler Paralyse, bei denen sich anatomisch neben den allgemeinen Veränderungen herdförmige Veränderungen fanden, die in unmittelbarem Zusammenhange mit oft besonders stark infiltrierten Gefäßen standen und stets in der Rinde, vorzugsweise in der des Stirnhirns lagen. Verf. vertritt den Standpunkt, daß trotz des nur graduellen Unterschiedes Paralyse und Hirnlues wohl umschriebene Krankheitsbilder seien; die Unterscheidung sei aber nur auf Grund des Gesamtzustandes möglich.

Hauptmann (113) beschreibt und bespricht eingehend die verschiedenen Lagebeziehungen der Spirochäten zu den Gefäßen in Paralytikergehirnen. *Josephy.*

„Studien zur Paralyse von Dr. *Julius Schuster.* (Kgl. ung. psych.-neur. Univ.-Klinik.) (290.)

Es werden an einem reichlichen Material die Markscheidenverhältnisses bei progressiver Paralyse und Sclerosis multiplex speziell im Großhirn verglichen,



wobei es sich herausstellt, daß Gesetzmäßigkeiten im Ausfall der Markscheiden bei beiden Erkrankungen vorliegen. Schwere fleckige und diffuse Ausfälle sind bei Paralyse und multipler Sklerose um die Seitenventrikel im Stirnpol sehr oft sichtbar, so daß Hemsphärenschnitte von Paralyse der multiplen Sklerose gleichen können. Dies hängt mit den von *Heubner*, *Duret*, *Becoor-Kolisko* erhobenen Befunden der Arterien und Kapillarenverteilung und dem Wege der Infektion zusammen, gemeinsame parasitologische Züge in der Verteilungsart der Spirochäten und deren Wirkung, an diesen periventrikulären Stellen fanden sich bei Paralyse Spirochäten, derselbe periventrikuläre Infektionsweg ist auch bei Sclerosis multiplex denkbar, von *Erb* vor langem postuliert. *Snell.*

Goldstein und *Reichmann* (102) behandeln in zusammenfassender Weise die praktischen und theoretischen Ergebnisse aus den Erfahrungen an Hirnverletzten unter umfassender Benutzung der bisher vorliegenden Literatur. Nach kurzer Besprechung der Symptomatologie, nach kurzer Zeichnung der prinzipiellen Grundlagen der Übungsbehandlung wird genauer die Untersuchung der Leistungsfähigkeit behandelt, wobei die Verf. sich namentlich mit der *Poppelreuter*schen Untersuchungsmethodik auseinandersetzen, und im Anschluß daran die Arbeitsbehandlung und die Berufswahl. Je ein Kapitel über die Begutachtung und die Rentenfestsetzung und die Erfolge der Behandlung, wobei nach den statistischen Erhebungen *Goldsteins* 20 % voll leistungsfähig, 32 % etwa $\frac{1}{2}$—$\frac{2}{3}$, 32 % unter $\frac{1}{2}$ leistungsfähig und 16 % völlig arbeitsunfähig waren, schließt den praktischen Zwecken gewidmeten Teil des Buches. Im ausführlicheren theoretischen Teile werden die Störungen der Vasomotilität, des Blutbildes, des Blutdrucks die Störungen der Genitalfunktionen und des Zuckerstoffwechsels, die motorischen und sensiblen Störungen, die optischen Störungen, wobei besonders wichtig die Hervorhebung der Restfunktion hemianopischer Gesichtsfeldausfälle, ferner das Vorkommen von konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkungen „als eine Folge der organischen Schädigung“ und die Bestätigung der *Wertheimer*schen Theorie von der Gestaltauffassung ist. Ein weiteres Kapitel behandelt die Störungen bei Verletzungen des Stirnhirns; namentlich das Affektleben ist hier betroffen, insbesondere ist eine Herabsetzung der Spontaneität bei Erhaltung der reaktiven Leistungen bis zum Bilde des katatonischen Stupors hier beobachtet worden. Auch sonst ist ein beträchtliches Versagen bei den Leistungsprüfungen die Regel. Daneben spielen die Reflexstörungen, Gleichgewichtsstörungen usw. eine gewisse Rolle, so daß die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Stirnhirn und Vestibularapparat nicht unberechtigt erscheint. Aus den weiteren Besprechungen über Kleinhirnstörungen, Apraxie, Agnosie usw. sei besonders auf die Warnung vor der zu häufigen Auffassung mancher Hirnverletztensymptome als funktionell hingewiesen. Schließlich werden die Ergebnisse für die Lokalisation noch kurz besprochen.

Ein Buch (175), das im einzelnen noch weniger in einem kurzen Referat behandelt werden kann, ist in der von *P. v. Bruns* begründeten Sammlung „Neue deutsche Chirurgie“ erschienen, und zwar als Ergänzung zweier schon 1916 erschienener Teile; es hat *Dege*, *Borchardt*, *Wrobel* und *Küttner* als Verfasser und behandelt die gedeckten oder geschlossenen Hirnverletzungen (commotio, contusio,



compresso cerebri traumatica), die Quetschwunden des Gehirns (beide Abschnitte von *Dege* geschrieben), die Schußwunden des Gehirns (*Borchardt*), die Hieb- (*Wrobel*) und die Stichwunden des Gehirns (*Küttner*). Das Buch hat vor den früher erschienenen Bänden den großen Vorteil, daß es zu den Ereignissen des Krieges einen größeren Abstand hat; es konnten so nicht nur die durch die längere Zeit gewonnenen Erfahrungen über die Erfolge bei chirurgisch Behandelten verwertet werden, sondern es konnte auch das ja erst in den letzten Jahren des Krieges ins Werk gesetzte und zur Vollendung gebrachte Werk der Hirnverletztenstationen und die damit eigentlich erst beginnende systematische Beobachtung einer größeren Zahl von Hirnverletzten dem Werke dienstbar gemacht werden. Man findet infolgedessen in dem Buche zwar äußerlich eine Darstellung des Stoffes nach chirurgischen Gesichtspunkten (s. die oben angeführte Einteilung); es enthält aber zugleich eine theoretische Begründung und eine Symptomatologie der Hirnverletzungen in einer Ausführlichkeit und Gründlichkeit, daß man oft meint, nicht ein chirurgischen, sondern neurologischen Zwecken dienendes Buch vor sich zu haben; ganz besonders trifft das für den ersten, von *Dege* bearbeiteten Teil zu, der auch den Neurologen und Psychiater manches zusammengefaßt bietet, was er sich sonst erst mühsam zusammensuchen muß.

Röper (256) behandelt in der Hauptsache die leichteren psychischen Störungen nach Kopfschüssen, die er, soweit sie nicht epileptischer Natur sind, als „traumatisch-psychopathische Konstitution" zusammenfaßt. Er führt einen interessanten Fall von Dipsomanie nach Hirnverletzung an, von dem er 1919 zuletzt hörte. Ref. hat später den Pat. noch mehrfach in Friedrichsberg gesehen; 1919 hat er sich noch einmal einer Operation unterzogen; seit 1920 fehlt weitere Nachricht über ihn. Die sonst beschriebenen Störungen sind deswegen besonders wichtig, weil sie häufig für funktionell gehalten werden, während in Wirklichkeit eine mehr oder minder schwere Änderung der Persönlichkeit vorliegt.

Rohde (257) teilt die Krankengeschichte eines Falles von Kleinhirnschußverletzung kombiniert mit Schädelbasisbruch und eines zweiten mit Zyste im Kleinhirn mit.

Langelüddeke (178) untersucht die Schwankungen der Arbeitskurve durch Vergleich mit der aus ihr konstruierten „Idealkurve". Bei 22 Normalen war die Größe der Kurvenschwankungen annähernd umgekehrt proportional dem Quadrat der absoluten Leistung. Mit zunehmender Ermüdung wachsen die Schwankungen. Die Kurvenschwankungen waren bei einem Teil der Hirnverletzten vergrößert, bei einem anderen, und zwar namentlich bei Stirnhirnverletzten, verkleinert. Die Ursache für die Verkleinerung wird in einer psychischen Hemmung gesehen, die kräftigere Willensanschauung nicht zuläßt und durch welche die Ablenkbarkeit vermindert ist. Ein prinzipieller Unterschied zwischen reinen und psychogen komplizierten Hirnverletzten bestand nicht.

Stiefler (327) berichtet über feldärztliche Erfahrungen an zahlreichen Nervenkranken aller Art.

Fischer (72) teilt einen Fall von einseitiger isolierter Hypoglossuslähmung mit, der sich wahrscheinlich im Anschluß an eine Schädelbasisfraktur und eine



durch diese verursachte Blutung entwickelte. Es trat völlige Regeneration der anfänglich bestehenden Zungenatrophie ein; auch die elektrische Reaktion kehrte zur Norm zurück.

Baumm (12) will bei einem Fall von progressiver Bulbärparalyse, die sich schon vor dem 40. Lebensjahre zeigte, Kriegsdienstbeschädigung nicht ablehnen, einmal des relativ jugendlichen Alters wegen, dann aber, weil wir über die Ursachen der Erkrankung nichts wissen.

Fränkel (82) teilt einen Fall mit, in dem ein bis dahin gesunder Mann nach einem Sturz vom Wagen eine allmählich fortschreitende Erkrankung bekam, die in Bewegungsstörungen, Muskelrigidität, Zwangsweinen und Leberstörungen bestand.

Gierlich (98) führt einen Fall von Paralysis agitans ebenfalls auf einen Unfall zurück.

Herschmann (118). Eine 27jährige Frau erkrankte unmittelbar im Anschluß an eine Ruhr (wahrscheinlich Y-Dysenterie) an einer Meningo-Encephalomyelitis mit Überwiegen der meningitischen Erscheinungen; im Symptomenbilde ist besonders ein Diabetes insipidus interessant, der vom Verf. auf den Druck des Hydrocephalus internus auf die Hypophyse bezogen wird.

Runge (261) teilt ein von ihm erstattetes Gutachten über einen Arbeiter mit, der infolge (?) eines Traumas (Arbeiten mit schweren Gewichten) an der sehr seltenen Pachymeningitis chronica dorsalis circumscripta erkrankte und nach 41 tägiger Krankheitsdauer daran zugrunde ging. Der Fall ist, abgesehen von seiner Seltenheit — die in der Literatur vorliegenden Fälle sind mit herangezogen — auch deswegen interessant, weil es sich um eine jener seltenen Schädigungen des Rückenmarks bzw. der Dura ohne Verletzung der Wirbelsäule handelt. *R.* bejaht den Zusammenhang mit dem Trauma.

Fischer (73) folgert aus zwei Fällen von Sympathicusverletzungen: Die Versorgung der Haut durch sympathische Schweißfasern ist segmentär angeordnet. Eine Läsion des Grenzstranges des Sympathicus hat eine hemmende Wirkung auf die sympathischen Elemente, welche oberhalb der Läsion sich befinden; es kommt dabei zu Sensibilitätsstörungen im Gebiete der höheren benachbarten Hautsegmente; diese sind, ebenso wie motorische Ausfallserscheinungen auf reflektorische Beeinflussung der spinalen grauen Substanz zurückzuführen. Die zentralwärts im Halsmark verlaufenden sympathischen Fasern liegen im Seitenstrang und sind ungekreuzt; bei Läsion derselben reagiert die Pupille, wie nach Verletzung des Halssympathicus selbst, weder auf Kokain noch auf Adrenalin.

Günzel (107) gibt die Krankengeschichte eines 29 jährigen Mannes, der, vorher gesund, an Typhus erkrankte und nachher im Felde ein Trauma erlitt. Anfangs Nackensteifigkeit, Reflexsteigerung, später dauernde Kopfschmerzen, zuweilen Erbrechen, taumelnder Gang, kurzdauernde, gelegentlich mit Bewußtseinstrübung einhergehende Schwindelanfälle. Dann Doppeltsehen, Augenflimmern, Druckpuls, Abmagerung der Beine, Ptosis, Stauungspapille usw. Plötzlicher Exitus. Die Autopsie ergab Hydrocephalus internus und eine Geschwulst unsicherer Ätiologie in der Nähe des Foramen Magendii.



Förtig (78) behandelt im Anschluß an *Reichardt*sche Theorien einige Fälle von Hirntumoren bezüglich der Frage des Hirndrucks. Für die Entstehung des krankhaften Hirndrucks sind maßgebend: „1. die Größe des Tumors; 2. die Produktion des Liquors; 3. die Resorption des Liquors und 4. die Reaktion des Hirnes mit Schwellung oder nicht." Er setzt sich sehr für die auch m. E. einzig mögliche mathematische Behandlung des quantitativen Hirndruckproblems ein, ohne damit der Erforschung der qualitativen Vorgänge der Hirnsubstanz ihren Wert zu bestreiten.

Bostroem (23) publiziert einen Fall von toxisch (durch Morphium?) bedingter aufsteigender Lähmung, die innerhalb von 11 Tagen zum Tode führte. Auffallend waren am Krankheitsbilde „spontane" Schmerzen sowie das Verschontbleiben der Fuß- und Zehenmuskeln von der Lähmung; ferner namentlich Blasen- und Mastdarmstörungen und Hämatoporphyrie. Anatomisch fanden sich außer der Persistenz der Thymus und einer Bronchopneumonie makroskopisch nichts Besonderes, mikroskopisch umfangreiche Veränderungen im Rückenmark entsprechend der „schweren akuten Zellerkrankung" im Sinne von *Nissl*, Degeneration von Ganglienzellen in den Vorderhörnern bis ins obere Halsmark und in den Spinalganglien, einhergehend mit einer Vermehrung und Wucherung der Kapselzellen. Entzündliche Erscheinungen an den Gefäßen fehlten.

Strümpell (328) faßt kurz seine Erfahrungen bei etwa 25 Fällen von Encephalitis epidemica, die er von der umschriebenen hämorrhagischen Influenza-Encephalitis streng scheidet, zusammen. Nach den Hauptsymptomen unterscheidet er die lethargische Form von der katatonen oder amyostatischen Form und mit den motorischen Reizerscheinungen einhergehenden Formen (choreatische, athetoide, myoklonische Form). Symptome und Verlauf werden kurz besprochen. Die Ursache der Erkrankung sieht der Verf. in einer toxischen, weniger in einer anatomischen Schädigung des nervösen Gewebes.

Kayser-Petersen (159) berichtet über 22 Fälle von Encephalitis bei Grippe. Symptomatologisch fand er außer den gewöhnlichen Zeichen einmal Witzelsucht, mehrfach hohe Temperaturen und Hypoglossusparesen. Anatomisch fanden sich einmal miliare Blutungen, einmal Leukozytenthromben um einzelne, meist nicht thrombosierte Gefäße und kleine Rundzelleninfiltrate, schließlich einmal perivaskuläre Rundzelleninfiltration. Obwohl bei allen Patienten Grippe mit Fieber vorlag, wird die Frage, ob ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Encephalitis und Grippe vorhanden sei, offen gelassen.

Sterz (322) beobachtete u. a. bei Enc. epid. Stunden oder Tage anhaltende heftige Schmerzen in zirkumskripten Gebieten, besonders an den Extremitäten; ferner mehrfach Schwund der Patellar- und Achillessehnenreflexe, einmal in Verbindung mit ausgesprochener Ataxie. Therapeutisch bewährte sich Kollargol (*Heyden*) 0,12 intravenös, mehrmals verabreicht, gut insbesondere bei choreatischen Zuständen.

Moritz (220) berichtet über seine Erfahrungen an über 20 Fällen von Enc. epid., bespricht deren Symptomatologie und Verlauf. Prognostisch bedenklich scheinen hohe Temperaturen und Respirationszahlen, besonders im Verein mit



ausgesprochenen, sich mehr und mehr vertiefenden Schlafzuständen. Beziehungen zwischen Grippe und Enc. möchte *M.* nicht in Abrede stellen; sie seien aber „sicher nicht so, daß man die Erkrankung kurzweg als eine besondere Form oder auch nur als eine Komplikation der Grippe ansehen könne". Pathologisch-anatomisch zeigte sich namentlich das zentrale Höhlengrau befallen; mikroskopisch war der Befund durch perivaskuläre zellige Infiltrate, diffuse und knötchenförmige Gliawucherungen und Herde von Neuronophagie scharf gekennzeichnet.

Oehmig (226) fand im Blute von Encephalitiskranken Streptokokken, Diplostreptokokken, Pneumokokken und Staphylokokken. Bei dieser Auswahl liegt es freilich nahe, an nicht ganz steriles Arbeiten zu denken, zumal derartige Befunde sonst nicht erhoben sind.

Cohn und *Lauber* (40). Letztere hat aus dem Blute eines Patienten einen Gram-positiven Diplokokkus gezüchtet, der dem Streptokokkus pleomorphus *Wiesners* ähnlich war, sich aber von ihm kulturell durch den Mangel an Säurebildung unterschied. *L.* hält ihn für identisch mit dem *Wiesner*schen Streptokokkus.

Schlesinger (271) spricht sich für die Grippeätiologie der Enc. epid. aus.

Schlichting (274) berichtet über 21 psychiatrisch beobachtete Fälle und hebt besonders die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten hervor.

Hofstadt (128) berichtet über eigenartige Schlafstörungen von Kindern, die nach Enc. auftraten und darin bestanden, daß die Kinder, die tagsüber ruhig oder etwas apathisch waren, gegen Abend erregt wurden, sich im Bette hin und her warfen und erst gegen Morgen in einen natürlichen, tiefen, aber meist verkürzten Schlaf verfielen. Verf. spricht von einer Verzögerung des Einschlafens, die allen medikamentösen Behandlungsweisen trotzte; am besten half festes Einwickeln in trockene Tücher; danach stellte sich starker Schweißausbruch und dann tiefer Schlaf ein. Über die Prognose läßt sich nichts sagen.

Maier (192) berichtet auch über die französischen und englischen Encephalitisfälle; ferner teilt er 21 in der Schweiz beobachtete Fälle mit.

Dreyfus (51) bespricht namentlich die Liquorbefunde bei Enc. epid. In etwa der Hälfte der 49 Fälle fand sich erhöhter Liquordruck (200—270); nur einmal war die Gesamteiweißmenge erhöht, ebenso trat eine deutliche Phase I; eine positive Sublimatprobe und die *Pandy*sche Reaktion nur vereinzelt auf. Die Zellzahl war meist erhöht; mehrfach bestand eine mittlere Lymphozytose, zweimal auch eine beträchtliche Zellvermehrung (136 bzw. 251 Zellen im cmm). Die Goldsollösung wurde meist in einer Kurve ausgeflockt, die ein Mittelding zwischen „Lueskurve" und „Meningitiskurve" darstellt.

Economo (58) zeigt, wie das Bild der Epidemie von Ort zu Ort wechselt, wie die toxischen Faktoren, die neurologischen, die lokalisatorischen Symptome, das Verhältnis zur Grippe überall andere sind.

Economo (57) berichtet über einen sich fast über 2 Jahre erstreckenden chronischen Fall von Enc. leth., der schließlich in schwer kachektischem Zustande verstarb. Besonders merkwürdig war in der letzten Zeit das Verhalten der Athetose des Pat. gewesen: Monate mit athetotischer Unruhe wechselten mit Wochen voll-



kommenster Ruhe ab. Die letzten 1½ Jahre hindurch war das Krankheitsbild charakterisiert 1. durch eine langsam fortschreitende Bulbärparalyse, 2. durch den Wechsel von Zeiten athetotischer Unruhe mit Zeiten eines Mangels von unwillkürlichen Spontanbewegungen, 3. durch einen mäßigen allgemeinen Rigor. Am Zentralnervensystem fanden sich makroskopisch keine Veränderungen; mikroskopisch fanden sich Reste einer abgelaufenen parenchymatösen Erkrankung des Hirngewebes von verschiedenem Alter und verschiedener Intensität. Daneben fanden sich akute frische Erkrankungsherde, namentlich perivaskuläre Blutungen, kleinzellige Infiltrationen der Venenwände und Zellveränderungen aller Grade an vereinzelten Ganglienzellen. *E.* nimmt an, daß der *Wiesner*sche Diplostreptokokkus pleomorphus im Nervensystem verblieben ist und eine langsam progrediente, schubweise Erkrankung hervorgerufen hat.

Siegmund (297) berichtet über 19 histologisch untersuchte Fälle von Enc. epid. (12 Männer und 7 Frauen im Alter von 15—64 Jahren). Der makroskopische Befund war geringfügig; es fand sich hochgradige Hyperämie der Hirn- und Rückenmarkshäute wie der Hirnsubstanz und eine Erhöhung des Hirngewichts; auf der Schnittfläche erwies sich die Hirnsubstanz ebenfalls sehr blut- und saftreich; dieselben Veränderungen zeigte das Rückenmark. Die Fälle werden nach der Erkrankungsdauer in drei Gruppen gesondert, zwischen denen fließende Übergänge bestehen. In der ersten Gruppe (5—10 Tage Krankheitsdauer) ist das histologische Bild beherrscht von hochgradiger Hyperämie, perivaskulären Blutungen und adventitiellen Infiltraten um kleine Venen, präkapillare Gefäße und Kapillaren. Die nicht sehr zahlreichen Blutungen sind meist der Gefäßwand dicht anliegende „Kugelblutungen". Die Infiltrate bestehen durchweg aus einkernigen Rundzellen. In Gruppe 2 (10—30 Tage) finden sich statt der Rundzellen plasmaähnliche Elemente in den Zellwucherungen; der Prozeß breitet sich auf das benachbarte Hirngewebe aus. Daneben finden sich Degenerationserscheinungen an Ganglienzellen der Kerne des Hirnstammes. Das Gliagewebe ist zellreicher als gewöhnlich; die meist protoplasmareichen Zellen lassen vielfach Degenerationserscheinungen erkennen. In der dritten Gruppe finden sich reichlicher fettführende Gitterzellen, ausgedehnte Nekroseherde, lockeres, maschiges Gewebe ohne Körnchenzellen. Neben den älteren abgelaufenen Prozessen lassen sich stets auch frische Veränderungen nachweisen. Der Krankheitsprozeß ist im wesentlichen beschränkt auf den Hirnstamm, der von der Medulla oblongata bis zum Nucleus caudatus ziemlich gleichmäßig befallen ist. Am stärksten sind der Aquädukt und der Boden des 3. und 4. Ventrikels beteiligt. In 15 Fällen wurde auch bakteriologisch untersucht; in 5 Fällen ließen sich Diplostreptokokken züchten, einmal ein Streptococcus mucosus. Auch in den Schnittpräparaten innerhalb der Gefäßinfiltrate ließen sich in den bakteriologisch positiven Fällen Streptokokken nachweisen, und ebenso in Abstrichpräparaten. Mit den Veränderungen der Hirnsubstanz, die gelegentlich bei der echten Grippe zur Beobachtung kommen, haben die Befunde nichts gemein.

Stern (320) beschreibt sehr eingehend die anatomischen Befunde bei vier Fällen Encephalitis lethargica. Der Prozeß ist histologisch zu bezeichnen als eine infiltrative, nichteitrige Meningitis + Polioencephalitis centralis. Die anatomische

ifferenzierung von andersartigen Enzephalitiden und die Beziehungen zur Grippe erden eingehend besprochen. *Josephy.*

Schmincke (280) bringt die ausführliche Beschreibung zweier Fälle von Enphalitis interstitialis Virchow. Es fand sich über das ganze Hirn verstreut mit sonderer Beteiligung der Rinde und des Großhirnmarks eine Ansammlung ichlich fettführender Gliazellen. Eine Zunahme der faserigen und auch der asmatischen Glia war deutlich. In kleineren und mittleren Arterien war eine 'andverkalkung nachzuweisen. *Sch.* rechnet den Prozeß zu der Gruppe der xischen, nicht infektiösen, eitrigen Enzephalitiden. *Josephy.*

Haenel (108) bespricht im Anschluß an einen in das Gebiet der extrapyramilen Bewegungsstörungen gehörigen Fall die Aufgabe namentlich des Linsenrnes, den er als ein den Tonus der gesamten willkürlichen Körpermuskulatur rabsetzendes Organ bezeichnet. Er teilt in der Krankengeschichte einen bisher cht beobachteten Reflex mit: auf Beklopfen der vorgestreckten Zunge trat eine bhafte, blitzartige Zuckung der Kinnmuskulatur auf.

Economo und *Schilder* (60) beobachteten einen Fall von tonischer Starre im raesenium, dessen Dauer 4 Jahre betrug. Die Obduktion ergab eine Hepatitis terstitialis und Hirnveränderungen vorwiegend im basalen Teile des Striatums, r angrenzenden Substantia innominata und im Kleinhirn. Der Prozeß steht r Pseudosklerose nahe, ist aber als eigene Krankheit aufzufassen.

Spielmeyer (309). An der Hand von sechs eingehend untersuchten Fällen ird die Histopathologie der *Wilson*schen Krankheit und der Pseudosklerose berochen. Der erste Fall (mit Hornhautring und Leberzirrhose) stimmt mit der ekannten *Höslin-Alzheimer*schen Beobachtung von Pseudosklerose vollständig berein. Der zweite Fall zeigt die hervorstechendsten Züge des anatomischen ildes der Pseudosklerose und der *Wilson*schen Krankheit gemischt. Bei drei eiteren Fällen stehen im Vordergrunde die zystischen Degenerationen bzw. Zerllserscheinungen im Linsenkern, aber die Befunde sind keineswegs auf ihn lokaliert, es sind vielmehr auch andere Teile des Gehirns ergriffen. Der sechste Fall ietet diagnostisch die größten Schwierigkeiten insofern, als anatomisch nicht der eweis erbracht werden kann, daß er in die Gruppe der *Wilson*-Pseudosklerose hört. Man kann auch nicht mit Sicherheit behaupten, daß er damit nichts zu n hat. *S.* zieht den Schluß, „daß wirklich trennende histopathologische Momente vischen Pseudosklerose und *Wilson*scher Krankheit nicht bestehen, sondern daß sich hier um ein- und denselben Krankheitsprozeß handelt, der in variabler orm erscheint". *Josephy.*

Schminke (279) berichtet über den Leberbefund bei einem Falle von *Wilson*her Krankheit, dessen Besonderheit in einem Umbau des Lebergewebes in Parıchymbezirke, die größer als die gewöhnlichen Läppchen waren, bestand. Nur ereinzelte Läppchen von normalem Bau waren vorhanden; im allgemeinen lagen ie Leberzellbalken in ungeordneten Reihen durcheinander.

Seelert (292) behandelt einen Fall von Apraxie, bei dem anfangs das Handeln it Gegenständen, das Markieren von Zweckbewegungen und die Ausdrucksewegungen sehr gestört waren, während Schreiben und Zeichnen ganz unmöglich



war. Der Kranke lernte zuerst wieder das Schreiben; später bestand noch eine Zeitlang eine Erschwerung der Anregung der Handlung beim Markieren von Zweckbewegungen, schließlich blieb nur noch eine beim Nachzeichnen nachweisbare Ungeschicklichkeit zurück, während das spontane Zeichnen ungestört war.

Maas (187) berichtet über 2 Fälle von Sprachstörung, bei denen nach Schlaganfällen zunächst Verlust der Sprache eingetreten war, bei denen jedoch das Sprachverständnis wie das Sprechen in weitgehendem Grade zurückgekehrt war; doch bestand im Falle 1 dauernd eine schwere Störung des zusammenhängenden Sprechens, im Falle 2 typischer Depeschenstil. Verf. schließt aus dem anatomischen Befunde, daß die gesamte Sprachfunktion von der rechten, weniger leistungsfähigen Hemisphäre übernommen wurde.

Scripture (291) veröffentlicht mehrere mittels des Kymographions aufgenommene Sprechkurven und bespricht die Unterschiede der Muskeldystrophie, Bulbärparalyse, multiplen Sklerose, Parese und der Neurasthenie gegenüber der normalen Sprache.

Für *Schuckmann* (285) umfaßt der Sammelbegriff „Gedächtnis" nach der Lehre *Semons* drei verschiedene Funktionen: 1. die engraphische Empfänglichkeit, 2. den Engrammbesitz und 3. die Ekphorierbarkeit. Die Engramme teilt er in hyperästhetische, normalästhetische, hyp- und anästhetische, und ist der Meinung, daß durch das Gesetz der „stufenweisen Schädigung der Ekphorierbarkeit" einige Symptome des aphasischen Komplexes eine einfachere Erklärung finden als durch lokalisatorische Annahmen.

Nach *Bickel* (16) können nervöse Reizerscheinungen bald das Symptom einer direkten Reizung der erregten Nervenbahnen sein, bald die sekundäre Folge einer Lähmung anderer Nervenbahnen. Im letzteren Falle soll durch die Lähmung eine Umleitung der Erregungsimpulse bewirkt werden. Durch den Mechanismus der Umleitung sucht der Verf. sowohl manche Erscheinungen am subkortikalen Nervensystem (Mitbewegungen bestimmter Art, Reflexanomalien) als auch manche psychische Erregungszustände zu erklären.

Pfeifer (236) bringt eine sehr ausführliche und wertvolle Untersuchung über die Hörleitung, deren Ergebnisse für die Frage der sensorischen Aphasie und der Amusie von Bedeutung sein dürften. Ein ausführliches Referat der Arbeit ist an dieser Stelle nicht möglich. *Josephy.*

Resch (252) beschreibt einen Fall von klinischer Chorea minor, der sich anatomisch als eine reine Ventrikeltuberkulose erwies.

Cassirer und *Lewy* (37). In der Arbeit werden zwei eigenartige primäre multiple flache Hirnsarkome beschrieben, die zum Teil auf die Pia übergegriffen haben. In beiden Fällen waren alle Anzeichen eines Pseudotumors vorhanden, während die Geschwulst selbst zunächst nicht gefunden wurde. Die Hirndruckerscheinungen werden als durch Stauung infolge Abflußverhinderung bedingt angesehen. Die Annahme, daß die amöboide Glia ein Ausdruck der *Reichardt*schen Hirnschwellung sei, wird abgelehnt. Unter den klinischen Symptomen war eine doppelseitige komplette Lähmung des motorischen Trigeminus besonders auffällig.



Josephy.



Maas und *Zondeck* (190) geben den ausführlichen Untersuchungsbefund eines Falles von Dystrophia myotonica, bei dem die ungewöhnlich langsam eintretende Zusammenziehung der Muskeln — erst nach mehreren Minuten waren die ersten Zeichen von Muskelzusammenziehung zu sehen — bei faradischer Reizung am Nervenstamm besonders bemerkenswert ist. Ferner sind erwähnenswert die reflektorische Pupillenstarre bei träger Konvergenzreaktion, die Atrophie der Oberarmmuskeln und die starke Pigmentierung der Warzenhöfe, was ebenso wie die Polyurie auf Störungen der inneren Sekretion hinweist. Auf die Stoffwechselstörungen gehen die Verf. besonders ein.

Curschmann (45) beobachtete eine 42jährige Frau, die seit 20 Jahren an heftigen Schmerzen im rechten Arme und in der rechten Schulter leidet, vor etwa 9 Jahren völlig schmerzlose Geschwüre an der rechten Schulter und am rechten Oberarm hatte. Objektiv fand sich völlige Anästhesie für Schmerz- und Temperaturreize im Hautbereiche des 2.—5. Zervikalsegments. Abgesehen von einer Entwicklungshemmung der rechten Mamma (?), bestanden keine trophischen Störungen. Diagnose im Anschluß an Fälle von *Schlesinger* „Syringomyelia dolorosa".

Koennecke (169) schließt aus dem Zusammentreffen von *Friedreich*scher Ataxie und Taubstummheit bei zwei Geschwistern auf nahe anatomische Beziehungen zwischen Acusticusbahnen einerseits und Hintersträngen, *Clarke*schen Säulen, Pyramidenseiten- und Kleinhirnsträngen andererseits.

Schmincke (278) beschreibt eingehend einen Fall von Megalenzephalie. Es handelt sich um ein Gehirn von einem Gewicht von 2155 g. Mikroskopisch findet sich außer Abnormitäten in der Bildung und Lagerung der Ganglienzellen eine hyperplastische Entwicklung der Neuroglia. Die Megalenzephalie ist eine Entwicklungsstörung. Beziehung zur Akromegalie und zu Störungen der inneren Sekretion bestehen nicht. *Josephy.*

Spatz (305) gibt in der vorliegenden Arbeit eine Übersicht über Durchschneidungsexperimente, die er am Rückenmark neugeborener Kaninchen gemacht hat. Das unreife Zentralnervengewebe reagiert auf Traumen erheblich anders wie das reife. Es kommt zu Verflüssigungen ohne wesentliche reaktive Narbenbildungen. Die abgeschmolzene „Trümmerzone" setzt sich gegen das erhaltenbleibende Gewebe ganz unvermittelt mit scharfem Rand ab, und es entsteht so häufig das Bild eines „Porus", umgeben von „Säumen". Auf Einzelheiten der äußerst wichtigen Arbeit kann nicht eingegangen werden. *Spatz* macht auf Beziehungen aufmerksam, die zur Porenzephalie und zur Syringomyelie bestehen. Seine Untersuchungen geben Anhaltspunkte dafür, daß es nicht zulässig ist, die hier häufig fehlenden reaktiven Prozesse am Rande der Defekte für die Deutung derselben als Entwicklungshemmung in Anspruch zu nehmen. Für die Porenzephalie kommt er zu der Hypothese, „daß in ihr eine dem unreifen Zentralnervengewebe eigentümliche Reaktionsweise zum Ausdruck kommt, daß dieselben Initialläsionen, die am erwachsenen Gehirn auf dem Wege der Erweichung zur gliösen und bindegewebigen Narbe führen, am unreifen Organ mittels rapider Verflüssigung die Bildung eines scharf umrandeten Porus verursachen". Dasselbe gilt für bestimmte Formen der Syringomyelie, für die er den Namen „Poromyelie" vorschlägt. *Josephy.*



Spielmeyer (308) analysiert in seiner Arbeit Beziehungen zwischen Ganglienzellveränderungen und gliösen Erscheinungen. Er umreißt zunächst den Begriff der Neuronophagie genauer und trennt ihn ab von den Bildern der Gliaumklammerung und -einschnürung. Die Frage der Neuronophagie und Pseudoneuronophagie muß in dem viel weiteren, aber schärferen Problem zusammengefaßt werden, welche Beziehungen zwischen speziellen Ganglienzellerkrankungen und gliösen Erscheinungen bestehen und wieweit sie gesetzmäßig sind. Typische Gliaumwandlungen findet man regelmäßig bei der „akuten" und „schweren" Zellerkrankung *Nissls*, während bei anderen Nervenzellveränderungen ein gesetzmäßiges Verhalten der Glia nicht immer mit Sicherheit festzustellen ist. Nur bei der fettig-pigmentösen Entartung und bei der amaurotischen Idiotie zeigt das Verhalten der Glia eine Regelmäßigkeit. Es wird schließlich noch das „Gliastrauchwerk" in der obersten Kleinhirnrinde besprochen. Hier läßt sich zeigen, daß umschriebene Gliawucherungen in Anordnung, Gestalt und Art auf dem Ausfall einer Nervenzelle und ihrer Verzweigungen oder auch nur von Teilen derselben beruhen. *Josephy.*

Josephy (155). In der Epiphyse sind nervöse Bestandteile, Neuroglia und Parenchymzellen (Pinealzellen) zu unterscheiden. Die nervösen Elemente bestehen aus Fasern, die von den Kommissuren her einstrahlen und die von *Achucarro-Sacristan* und *Walter* zuerst beschriebenen Randgeflechte bilden. Nervenzellen kommen in der Zirbel nicht vor, auch keine spezifischen, die Kolben der Randgeflechte bildenden Zellen. Die von *Achucarro-Sacristan* und *Walter* gegebenen Deutungen der Silberbilder hält Verf. für unrichtig. Die Neuroglia bildet in der Epiphyse wie überall im Zentralnervensystem ein Reticulum mit Endfüßen. In dem Reticulum liegen die Pinealzellen mit ihren „Kernkugeln". *Josephy.*

Nach *Kino* (161) ist das Balkenlängsbündel ausschließlich ein heterotopischer Balken, und wird von allen Elementen, die auch den normalen Balken bilden, aufgebaut. Die Ausstrahlungen des Balkenlängsbündels bauen das Tapetum des Unter- und Hinterhorns auf. Von anderen Anomalien des Gehirns sind nur diejenigen vom Balkenmangel abhängig, die normaliter vom Balken abhängen (Septum pellucidum), alle anderen Abweichungen beruhen auf einem Mangel an Verbindung zwischen beiden Hemisphären (Fornixkörper, Psalterium) oder sind auf eine gemeinsame, uns unbekannte Ursache zurückzuführen.

Böttner (20) berichtet über 4 weitere Fälle von echter Polyzythämie mit einem Spinaldruck von 170—270 mm H2O. Die Verschiedenheit der Formen von Polyzythämie beruht auf der jeweilig verschiedenen Ausprägung der Kompensationsvorgänge; zweckmäßig sind daher Bezeichnungen nach einzelnen Formen zu vermeiden; dagegen erscheint eine Einteilung in verschiedene Stadien angebracht.



9. Gerichtliche Psychiatrie.

Ref.: Karl Wendenburg-Bochum.

1. *Becker, H. W.* (Herborn), Zurechnungsfähigkeit einer wegen früherer Straftaten aus § 51 freigesprochenen Trinkerin. Ein Gutachten. Vjschr. f. ger. Med. u. öff. San. Bd. 59, H. 2, S. 238.

2. *Boas, Kurt*, Über die Beurteilung der Zeugnis- und Eidesfähigkeit Geisteskranker vor Gericht. Würzburger Abh. a. d. Geb. d. prakt. Med. Bd. 19, H. 4/5.

2a. *Bruch*, Untersuchungen über den Einfluß des Alkoholismus auf die Bestrafungen in der Schweizer Armee während der Grenzbesetzung von 1914 bis 1917. Inaug.-Diss. Zürich. (S. 194*.)

3. *Bychowski, Z.*, Psychopathologie der Brandstiftung. Schweizer Arch. f. Psych. u. Neurol. vol. 5, H. 1.

4. *Cramer* (Cottbus), Über den Zusammenhang zwischen Augenunfällen und Geisteskrankheit, erläutert an einem Gutachten. Mschr. f. Unfallheilk. u. Inval.wesen Nr. 12.

4. *Culp, W.* (Mainz), Status thymico-lymphaticus, Mißverhältnis zwischen Gehirn und Schädelgröße und Unfall. Mschr. f. Unfallkunde Nr. 7.

6. *Dehnow, Fr.* (Hamburg), Die Zukunft des Strafrechts. Berlin, W. de Gruyter. 120 S. 12 M. (S. 182*.)

7. *Döllner* (Duisburg), Gerichtsarzt und soziale Hygiene. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 12, S. 129.

8. *Epstein, Ladislaus* (Angyaföld-Budapest), Beiträge zur Pathogenese der krankhaften Simulation von Geistesstörung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 76. (S. 190*.)

9. *Erben, Siegmund* (Wien), Diagnose der Simulation nervöser Symptome auf Grund einer differentialdiagnostischen Bearbeitung der einzelnen Phänomene. Ein Lehrbuch für Praktiker. Mit 25 Textabb. und 3 Taf. 2. Aufl. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 254 S. 50 M. (S. 184*.)

0. *Finkelnburg, R.* (Bonn), Lehrbuch der Unfallbegutachtung der inneren und Nervenkrankheiten für Studierende und Ärzte. Bonn, Marcus u. Weber. 544 S. 70 M. (S. 183*.)

1. *Flatau, G.*, Potenzstörung und Rechtsprechung. Ztschr. f. Sexualwiss. Bd. 7, H. 5.

2. *Freudenthal*, Referat über den Entwurf eines Jugendgerichtsgesetzes. Tagung des D. Landesgruppe der Internat. Kriminalist. Vereinigung. Gießen, Mai 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 22, H. 1/2, S. 102.



12a. *Fuchs*, *Walter* (Emmendingen), Psychiatrische Neuorientierung, Experimentelle Psychologie, Phenomenologie, Vitalreihenpsychiatrie. Neurol. Ztrlbl. Nr. 24. (S. 186*.)

12b. *Galant*, *S.*, Mnemelehre, Amnesie, Unbewußtsein. Neurol. Ztrlbl. Nr. 24. (S. 189*.)

13. *Gaupp*, *R.* (Tübingen), Der Fall Wagner. Eine Katamnese, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 312. (S. 188*.)

14. *Gregor*, *Adalbert* (Leipzig), Über Nahrungsmittelschwindel von Fürsorgezöglingen als Kriegsfolge. Bericht des Fürsorgeverbandes Leipzig. Anlage Z. III. (S. 191*.)

15. *Hellwig*, *Albert*, Die kriminalpsychologische Studie des Karl May-Problems. Sonderdruck a. d. Karl May-Jahrbuch 1920. Referat: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 22, H. 1/2, S. 105.

16. *Högler*, *Erwin*, Hörigkeit. Arch. f. Kriminalogie Bd. 71, H. 4, S. 253.

17. *Hoffmann*, *Hermann* (Tübingen), Zur Frage der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 325.

18. *Hübner* und *Löwenstein* (Bonn), Das krankhafte Motiv als Tatbestandsmerkmal. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 402. (S. 188*.)

19. *Hurwicz*, *Elias*, „Der Liebes-Doppelselbstmord". Abh. a. d. Geb. der Sexualforsch. Bd. 2, H. 2. Bonn, Marcus & Weber. 4.80 M.

20. *Imhofer*, *R.* (Prag), Gerichtliche Ohrenheilkunde. Leipzig, Kabitzsch. 248 S. 36 M. (S. 184*.)

21. *Isserlin*, *M.* (München), Zur forensischen Beurteilung Hirnverletzter. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 1, S. 1.

22. *Kielholz*, *A.* (Königsfelden, Schweiz), Symbolische Diebstähle. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 304. (S. 190*.)

23. *Kittel*, *W.* (Göttingen), Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung querulatorischer Zustandsbilder. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 21, S. 233. (S. 187*.)

24. *Kleist*, *K.* und *Wißmann*, *D.*, Zur Psychopathologie der unerlaubten Entfernung und verwandter Straftaten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 1, S. 30.

25. *Knape*, *M.* (Johannisburg, Ostpr.), Die forensische Bedeutung der Gehirnarteriosklerose. Vjschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San. Bd. 60, H. 1 u. 2, S. 121 u. 247. (S. 192*.)

26. *Kronfeld*, *Arthur* (Berlin), Über einen schweren Gewohnheitsverbrecher, der wieder sozial wurde. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 2, S. 165.

27. *Kronfeld*, *Artur* (Berlin), Die Konstitution bei sexuellen Triebanomalien in ihrer forensischen Bedeutung. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 24, S. 269.

28. *Kürbitz* (Sonnenstein, Sachs.), Die Testierfähigkeit und ihre gerichtliche Bedeutung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 37/38, S. 295. (S. 193*.)



29. *Leppmann, A.* (Berlin), Über einige ungewöhnliche Fälle von Exhibitionismus. Vortragsbericht vom 14. Juni 1920. Neurol. Ztlbl. Nr. 15, S. 523.

30. *Leppmann, Friedr.* (Berlin), Zur ärztlichen Begutachtung von Fahrlässigkeitsvergehen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 1, S. 1.

31. *Löwenstein, O.* (Bonn), Über pathologische Furchtzustände und ihre strafrechtliche Bedeutung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 41/42, S. 309. (S. 185*.)

32. *Mac Donald, Carlos F.* (New York), Should the plea of insanity as a defense to an indictment for crime be abolished? The American journal of insan. vol. 76, nr. 3, p. 295.

33. *Maier, Hans W.* (Zürich), Referat „Über die Stellung der Psychiater zu den Änderungen in dem neuesten Entwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch von 1916". Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 2. (S. 188*.)

34. *Marx, Hugo* †, Die Ursachen des Verbrechens. (Nachgelassene Arbeit des Verstorbenen.) Vjschr. f. ger. Med. u. öff. San. Bd. 60, H. 2, S. 205.

35. *Mathes, Viktor* (Wiesloch), Ist ein aus der Anstalt versuchsweise entlassener Geisteskranker arbeitsfähig im Sinne der RVO.? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 35/36, S. 281.

36. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.), Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung im Falle des § 176,2 StrGB. nebst Bemerkungen zur eugenetischen Indikation und zur Sterilisierung bei geisteskranken Frauen. Berl. klin. Wschr. Nr. 28, S. 653. (S. 186*.)

37. *Derselbe*, Zur Frage des künstlichen Abortes bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Vortrag, Jahresvers. d. D. Vereins f. Psych., Hamburg-Friedrichsberg, Mai 1920. Bericht: Neurol. Ztlbl. Nr. 18, S. 624. (S. 186*.)

38. *Meyers, F. S.*, *Bouman, L.*, *Winkler, C.*, Drei Vorträge über Familienmord. Verslag Psych.-jurid. Gezelsch. 10. Januar. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 21, H. 5/6, S. 354.

39. *Minor, Walter*, Die irrenärztliche Begutachtung der Straftat der „unerlaubten Entfernung" im Sinne des § 51 RStGB. Inaug.-Diss. Marburg.

40. *Muller, F. P.*, Denken, Streben und Wirklichkeit. Leiden, E. D. Brill. 224 S.

41. *Paul, Gustav* (Prag), Der Gerichtsarzt. Leitfaden für die forensische Praxis für Ärzte und Juristen. 2. Aufl. Wien u. Leipzig, Franz Deuticke. 373 S. 27 M. oder 90 Kronen. (S. 183*.)

42. *Pilcz, Alexander* (Wien), Aus der kriegspsychiatrischen forensischen Praxis. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1/2, 25/26, 27/28. Wien. med. Wschr. Nr. 4 u. 25.

43. *Derselbe*, Verbrechernatur — Fehldiagnosen auf Dementia praecox — Zurechnungsfähigkeit. Ein Gutachten. Wien. med. Wschr. Nr. 16.



44. *Derselbe*, Wiederholte Desertion, krankhafter Wandertrieb bei periodischen Verstimmungszuständen. Wien. med. Wschr. Jahrg. 70, S. 186.
45. *Derselbe*, Fragliche Zurechnungsfähigkeit bei einem psychopathisch-minderwertigen Alkoholiker. Wien. med. Wschr. Nr. 35/36.
46. *Derselbe*, Mordversuch an der Ehefrau. Pathologischer oder physiologischer Affekt. Wien. med. Wschr. Nr. 48.
47. *Popper, Erwin* (Prag), Zur Psychopathologie der Fugue. Kasuistischer Beitrag nebst Bemerkungen über die Pseudologia phantastica und verwandte Krankheitsbilder. Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 3, S. 173.
48. *Quensel, F.* (Halle a. S.), Neurologisch-psychiatrische Betrachtungen zur Zukunft unserer Sozialversicherung. Vortrag, 22. Vers. mitteld. Psych. u. Neurol., Halle, Oktober 1919. Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 20, H. 2, S. 148.
49. *Derselbe*, Die Behandlung der Unfallneurotiker. Neurol.-psychiatr. Betrachtungen zur Neuordnung der Reichsversicherung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 60, S. 77.
50. *Reichardt, M.* (Würzburg), Über den Unterricht und die Prüfung der Medizinstudierenden in der gerichtlichen und sozialen Medizin. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 9, S. 97. (S. 185*.)
51. *Reichardt* und *Graßmann*, Vorbildung ärztlicher Gutachter. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 2.
52. *Rieger* (Würzburg), Über den Zusatz zu dem § 223 a des StGB. und über den § 139. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 33/34, S. 270.
53. *Rinderknecht, Gertrud* (Zürich), Über kriminelle Heboide. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 57, S. 35.
54. *Rittershaus, E.* (Hamburg), Forensisches vom westlichen Kriegsschauplatze. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 31/32, S. 249. (S. 193*.)
55. *Rumpf, Th.* (Bonn), Neurosen nach Trauma und Rechtsprechung. Referat, erstattet auf der Tagung der Rhein.-Westfäl. Ges. für Versicherungsmedizin, Köln, Dez. 1919. D. med. Wschr. Nr. 19, S. 507. (S. 193*.)
55a. *Salomor, Rudolf* (Cießen), Eine medizinische Betrachtung über Anwendung der Hypnose vor Gericht. Vierteljhrschr. f. gerichtl. Med. u. öff. S.-W. Bd. 59, H. 1, S. 115. (S. 184*.)
56. *Schmidt, Rudolf*, Querulantenwahn und Verschrobenheit. Inaug.-Diss. Breslau.
57. *Schneider, Kurt* (Köln), Die Persönlichkeit der Prostituierten. Münch. med. Wschr. Nr. 31, S. 914. (S. 187*.)
58. *Schneikert, Hans*, Kriminalpsychologie. (Zur Einführung kriminalistischer Vorlesungen an der Berliner Universität.) Prakt. Psychol. Bd. 1, S. 319.
59. *Schultze, E.* (Göttingen), Irrenrechtliche Fragen. Aussprache zu diesem Vortrag: Schatzrat Dr. jur. Drechsler, Hannover. Jahresvers. des



D. V. f. Psych., Hamburg-Friedrichsberg, Mai 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 22, H. 3/4, S. 221.

59a. *Sieben* (Bürstadt, Hessen), Die Propagierung des Morphinismus unter behördlichem Schutz. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1295. (S. 187*.)

60. *Siemerling* (Kiel), Über Transvestitismus. Vortrag, Verein nordd. Psych., Kiel 1920. Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 24, S. 156.

61. *Spaulding, Edith R.* (Weston, Mass.), Three cases of larceny in which the antisocial conduct appeared to represent an effort to compensate for emotional repression. The American journal of insan. vol. 76, nr. 3, p. 301.

62. *Stahl, Rudolf*, Über partielle Zurechnungsfähigkeit. Inaug.-Diss. Bonn.

63. *Stanojevic* (Zagreb, Kroatien), Mord, Verstümmelung der Leiche, Verurteilung und Abbüßung der Strafe; Manifestation der Geisteskrankheit; Tod in der Irrenanstalt. Paralytische Veränderungen im Gehirn und luetische an der Aorta. Vjschr. f. ger. Med. u. öff. San. Bd. 60, H. 1, S. 137.

64. *Stekel, Wilhelm* (Wien), Zur Psychologie des Exhibitionismus. Ztschr. f. Sexualwiss. Bd. 7, H. 8, S. 241. (S. 187.)

65. *Derselbe*, Ein Fall von geheilter Homosexualität. Vortragsbericht v. Juni 1920. Wien. klin. Wschr., 33. Jahrg., S. 618.

66. *Stelzner, Helenefriederike*, Warenhausdiebstähle der Jugendlichen und deren Äquivalente. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 62, S. 208. (S. 189*.)

67. *Stern, Erich* (Gießen), Über Schuld und Zurechnungsfähigkeit vom Standpunkt der Psychologie der Wertung. Arch. f. Kriminologie Bd. 73, S. 1.

68. *Stiefler, Georg* (Linz a. Donau), Erfahrungen und Vorschläge über die militärische Verwendung und Stellung des psychiatrisch geschulten Neurologen im Kriege, im besonderen bei der Armee im Felde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 59, S. 287.

69. *Stuchlik, Jaroslav* (Košice), 1. Moral insanity. 2. Über Psychopathien vom forensischen Standpunkte. Vortragsberichte: Čas. česk. lék. vol. 59, p. 38. (Tschechisch.)

70. *Derselbe*, Simulation der Verworrenheit und Aggravation. Demonstration, Vortragsbericht: Čas. česk. lék. vol. 59, S. 39. (Tschechisch.)

71. *Többen, H.* (Münster i. W.), Erfahrungen über Kriegsbeschädigungen bei Nerven- und Geisteskranken, unter besonderer Berücksichtigung der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit, der Versorgung und Geschäftsfähigkeit. Münster, Aschendorff.

72. *Treadway, Walter L.* (Washington, D. C.), Activities of the War Risk Insurance Bureau and U. S. Public Health Service for the by mentality disabled ex-military men. The American journ. of insan. vol. 76, no. 3, p. 349.



73. *Viernstein, Th.* (Straubing), Über kriminell gewordene Heeresangehörige während des Weltkrieges. Blätter für Gefängniskunde 53.

74. *Wenger, Albert* (Zürich), Beiträge zur Kasuistik der Unfall-Simulation. (Aus der Psychiatr. Klinik der Univ. Zürich.) Bern, Ferdinand Wiss. 2 Fr.

75. *Wenger-Kunz, Martha* (Zürich), Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Pseudologia phantastica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 3/4, S. 263.

76. *Wetzel, Albrecht* (Heidelberg), Über Massenmörder. Ein Beitrag zu den persönlichen Verbrechensursachen und zu den Methoden ihrer Erforschung. H. 3 der „Heidelberger Abhandlungen". Berlin, Jul. Springer. 121 S. 18 M. (S. 182*.)

77. *Wilmshöfer, J.*, Beiträge zur forensischen Beurteilung der Homosexualität im Kriege. Ztschr. f. Sexualwiss., Jan./Febr. Nr.

Von den Erscheinungen in Buchform sei zunächst die Zukunft des Strafrechts, von *F. Dehnow* (6) herausgegeben, erwähnt, weil diese Sammlung vieles bringt, was den an der bevorstehenden Strafrechtsreform nicht zuletzt beteiligten Psychiater interessiert. Es ist eine Sammlung von Beiträgen, die nicht auf schematische Vollständigkeit Anspruch machen, und auch nicht von streng intern-strafrechtswissenschaftlichem Charakter, sondern für das Verständnis weiterer Kreise bestimmt. Sie stellt in konzentrierter Kürze Ansichten über die Richtlinien für die im Flusse befindliche Strafrechtsreform und ihre weitere Entwicklung zusammen. Die biologischen Grundlagen des Strafrechts sind von *J. Petzoldt* bearbeitet. Die Zukunft des Strafrechts ist von verschiedenen Autoren (*Beling*, *Forel*, *Freudenthal*, *Grotjahn*, *Hegler*, *Hellwig*, *Martens*, *Rathenau* (†) und *Dehnow*) dargestellt. *Mamroth* bespricht die Zukunftsaussichten für die Strafrechtspflege, *Hafter* die kommenden Strafgesetzbücher. Zahlreiche andere Artikel folgen, von denen nur die strafrechtliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die strafrechtliche Behandlung des § 175 erwähnt seien.

In einer ausführlichen Arbeit untersucht *Wetzel* (76) nach einer Einleitung, die sich mit den kriminalpsychologischen Untersuchungen der Alltagskriminalität, den Modifikationen und Erweiterungen der statistischen Methode bei den Untersuchungen der Massenmörder, den kasuistischen Unterlagen seiner Arbeit und den verständlichen Zusammenhängen bei den psychopathologischen Fällen beschäftigt, 153 Fälle von Massenmord. Er nennt seine Arbeit: „Ein Beitrag zu den persönlichen Verbrechensursachen und zu den Methoden ihrer Erforschung". Verschiedene Aufteilungsgesichtspunkte der beschriebenen Fälle werden ausführlich besprochen, so das Motiv der Tat als Aufteilungsprinzip, die Frage der Motivstatistik, die Bedeutung der seelischen Beschaffenheit für die Verwertung des Motivs, die seelische Beschaffenheit als Grundlage für die Aufteilung der Tätermassen. Sodann führt er die verschiedenen Gruppen der Massenmörder auf, die geistesgesunden und geisteskranken. Insbesondere befaßt er sich mit den Fällen von Massenmord bei Dementia praecox. Seine Untersuchungen, die sich im Prinzip



uf die statistische Methode aufbauen, heben Momente heraus, die der Gesamtheit ler einzelnen Untergruppen gemeinsam sind und die gleichzeitig für die Tat ursächlich bedeutsam werden. Über das relativ Individuelle, das allein die Statistik nteressiert, hinaus zieht er auch das absolut Individuelle des Einzelfalles in das Bereich der Erforschung der Verbrechensverursachung. Nach Ansicht des Verf. wird die psychologische und psychopathologische Verursachungsforschung imstande sein, das Material für die Vertiefung der statistischen Ursachenforschung zu liefern.

Das bei Franz Deutike in Wien und Leipzig erschienene Buch von *Paul* (41) will kein neues Lehrbuch der gerichtlichen Medizin sein, sondern ein Vademecum für den praktischen Arzt, zur Lösung des forensischen Teils seiner Aufgabe, Befundsaufnahme und Erstattung des Gutachtens; ein Leitfaden, der den Weg zur Spezialliteratur vermitteln und die Ergebnisse der Untersuchung in einer für forensische Zwecke brauchbaren Art darstellen soll. Auch für Juristen ist dieser kurze, verständlich geschriebene Leitfaden wertvoll und empfehlenswert, um einer ersprießlichen Zusammenarbeit mit dem Gerichtsarzt zu genügen. Für diesen Zweck ganz besonders geeignet ist die dem Schluß beigefügte Terminologie. Die 2. nach 15 Jahren umgearbeitete und erweiterte Ausgabe ist dem neuesten Stande der Wissenschaft angepaßt, um einige wichtige Kapitel: Der plötzliche Tod „aus natürlicher Ursache" und „Sektionstechnische Winke" bereichert; ferner ist hervorzuheben, daß als Anhang eine „Zusammenstellung der einschlägigen Bestimmungen und Vorschriften aus den Gesetzbüchern für das Deutsche Reich" hinzugefügt wurde. Der einfache, äußerst klare und verständliche Stil, die übersichtliche und umfassende Anordnung des Buches gibt dem Praktiker die Möglichkeit, sich über alle praktischen sowie auch formalen und technischen Fragen schnell und eingehend zu orientieren, ohne wichtige Einzelheiten zu vergessen. Papier, Druck und Ausstattung des Buches sind friedensmäßig gut.

Drei andere Werke beschäftigen sich mit den Beziehungen zwischen Krankheit und sozialer Gesetzgebung. *Finkelnburg* (10) hat die Erfahrungen seiner 20jährigen Gutachtertätigkeit an der Bonner medizinischen Klinik in einem gut 500 Seiten starken Bande niedergelegt. Als Obergutachter und im Umgange mit Studierenden und Ärzten hat er die Beobachtung gemacht, daß dem Gutachter eine möglichst scharfe Formulierung aller für die Beurteilung eines Unfallzusammenhanges erforderlichen Bedingungen und Grundsätze, soweit sie auf gesicherter wissenschaftlicher Grundlage aufgestellt werden können, nottut. Deshalb hat er jedem Kapitel die für die Anerkennung oder Ablehnung eines Unfallzusammenhanges maßgebenden Gesichtspunkte in kurzen Leitsätzen angegliedert. Das Buch zerfällt in einen allgemeinen Teil, der den Begriff des Unfalles, die Aufgaben des Arztes bei der Unfallbegutachtung, die Ursachen und Wirkungen von Unfällen, die Anfertigung des Gutachtens und die Grundsätze für die Rentenabschätzung erläutert. Besondere Abschnitte sind der Haftpflicht- und Privatversicherung gewidmet. Der spezielle Teil bringt in 25 Kapiteln die Erkrankungen der Brust-, Bauch-, Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten, die Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute, die Geisteskrankheiten und Neurosen und die organischen Erkrankungen des Nervensystems und ihre Zusammenhänge mit Unfällen.



Aus dieser bei weitem nicht erschöpfenden Aufzählung kann man einen Schluß auf den reichen Inhalt des Buches ziehen, das wohl keine innere Krankheit unberücksichtigt läßt, die jemals auf einen Unfall zurückgeführt ist. Speziellere Werke, die sich mit einzelnen Zweigen der gerichtlichen Medizin beschäftigen, sind *Imhofers* (20) gerichtliche Ohrenheilkunde und *Erbens* (9) bekanntes Buch über die Simulation nervöser Symptome, das in 2. Auflage erschienen ist. Diesem gründlichen und für den praktischen Gutachter wertvollen Werke braucht keine Empfehlung mit auf den Weg gegeben zu werden. Wer es kennt, weiß es zu schätzen. *Imhofer* hat seinen großzügigen Plan, ein Buch der gesamten gerichtlichen Ohrenheilkunde einschließlich Unfall- und Rentenbegutachtung, Versicherungswesen und militärärztlicher Begutachtung zu schreiben, infolge der Ungunst der Zeit fallen lassen müssen und bringt unter Weglassung der letzterwähnten Teile nur die gerichtliche Otologie. Auf diesem Gebiet ist das Buch von großer Vollständigkeit und namentlich zu loben sind die vielen, zum Teil farbigen Abbildungen und Tafeln, welche durch Wiedergabe traumatisch entstandener Befunde das Verständnis des Textes erleichtern.

Salomon (55a) nimmt Stellung zur Forderung einiger Juristen, die Hypnose vor Gericht auszunutzen. Er lehnt die Hypnose als Erkundigungsmittel auf prozessualem Gebiete wegen moralischer, ärztlicher und technischer Bedenken ab. Was wir bisher von der Hypnose kennen, sind nur ihre Erscheinungen, und ungeklärte Symptome darf man nicht für die Urteilsfällung mit ihren weitgehenden Folgen heranziehen. Die Aussagen können sehr leicht suggeriert sein; gewiß ist durch Hypnose ein Erkunden und Nachforschen auch nach dem Bewußtsein entschwundenen Eindrücken möglich, doch können die Aussagen durch die Art, wie die Hypnose gegeben wird, leicht nach verschiedenen Richtungen hin gelenkt werden. Merkt der Somnambule die Absicht des Hypnotiseurs heraus, so sinkt die Höhe der Suggestibilität herab, wenn ersterer am Ausgang des Prozesses interessiert ist. Die hypnotische Erforschung birgt auch die Gefahr in sich, daß unbewußt in der Hypnose falsche Aussagen gemacht werden. Weiterhin können jede wünschenswerten Handlungen und beliebige Gedanken posthypnotisch erzeugt werden, so daß der Hypnotisierte im Wachzustande die feste Überzeugung von der Wahrheit der ihm suggerierten Sache hat. Ein Hypnotiseur kann dem Angeklagten in der Hypnose Amnesie für eine vergangene Zeit geben oder aber zu der strafbaren Handlung gewisse Dinge hinzusuggerieren, die bei einer Hypnose vor Gericht sich wiederholen.

Auch moralische Bedenken werden ins Feld geführt. Die Forderung von juristischer Seite, einen Angeklagten auch ohne dessen Willen zu hypnotisieren, weist der Verf. zurück, da die Hypnose eine Freiheits- und Willensberaubung ist und ein gewisses Trauma setzt. Die Hypnose ist ein Eingriff in das innere Seelenleben, eine gegen den Willen vorgenommene Hypnose stellt stets eine Gewalt dar. Der Hypnotisierte ist während der Hypnose und bei Ausführung posthypnotischer Handlungen geistig unzurechnungsfähig. Jemanden gegen seinen Willen zu hypnotisieren ist schwierig, ihn aber durch längeres Hungern „mürbe" zu machen, um ihn dadurch leichter zu hypnotisieren, würde an die körperliche und geistige



Folter des Mittelalters erinnern. Ärztliche Bedenken treten hinzu. Die Anwendung der Hypnose, besonders wenn sie von Laien ausgeführt wird, bringt fraglos Gefahren mit sich. Sämtliche Nervenfunktionen sind zu beeinflussen, Zittern des Körpers, Kopfschmerzen, Benommenheit, Appetitlosigkeit, Verschlimmerung hysterischer Symptome bis zu schwersten Krampfanfällen treten gelegentlich auf. Tiefe Gemütseindrücke, besonders bei ängstlichen und hysterischen Personen, bleiben manchmal zurück. Jede Hypnose ist ein Chock und setzt ein gewisses Trauma, auch bleibt ein einmal Hypnotisierter leicht suggestibel. Die Simulation der Hypnose sowie vor Gericht simulierte Aussagen dabei sind nur schwer auszuschalten.

All diese Punkte sprechen gegen die Anwendung der Hypnose als Erkundigungsmittel im Strafprozeß. Verf. fordert von den Ärzten, sich ernstlich mit der Frage der Hypnose zu befassen.

Bei der Frage nach dem überaus wichtigen Studium der Psychologie für den angehenden Arzt scheint *Reichardt* (50) im allgemeinen nur wenig beachtet zu werden, daß es eigentlich 3 Arten von Psychologie gibt: 1. die von Philosophen gelehrte Psychologie, 2. die offizielle, vorwiegend experimentelle physiologische Psychologie und 3. die sogenannte medizinische Psychologie.

Die erstere kommt für den lernenden Mediziner nicht in Frage; die zweite Art ist für den Arzt zu peripherer Natur; sie beschäftigt sich in erster Linie mit Dingen, die für den Arzt in der Praxis nicht von grundlegender Bedeutung sind. Gewiß bleibt es wünschenswert, diese von Psychologen gelehrte Psychologie z. B. in den vorklinischen Semestern zu hören, falls die Zeit es erlaubt; für den Arzt ist das Wichtigste die sogenannte medizinische Psychologie. Sie beschäftigt sich mit den allgemeinen und individuellen Persönlichkeits- und Charakterveranlagungen sowie den seelischen Reaktionen aller Art, insbesondere mit allem, was sich um die Emotion und Suggestion gruppiert. Der Arzt muß die Suggestion beherrschen, die verschiedenen affektiven Reaktionen der Gesunden, Kranken, Psychopathen kennen und behandeln lernen. Die Beziehungen von Psyche und Körper, Psyche und Sexualität, Psyche und Genußmittel, Einfluß der Psyche auf Krankheit, der psychischen Grenzzustände, Psychoneurose, Hysterie, Simulation, Psychotherapie und psychische Hygiene, das alles gehört ins Gebiet der medizinischen Psychologie. Die von Medizinern geschaffene medizinische Psychologie muß auch von Medizinern gelehrt werden, vielleicht in Verbindung mit der Poliklinik für psychisch Nervöse und erst am besten, nachdem der Medizinstudierende die Klinik für Psychiatrie gehört hat.

Löwenstein (31) erörtert den normalen Affektverlauf, die Bedingungen seines Auftretens und die Regeln seines Ablaufs, und bespricht dann das Wesen des pathologischen Affektes und der pathologischen Furchtzustände und kommt zu folgenden Resultaten:

1. Pathologische Furchtzustände sind charakterisiert durch qualitative Veränderungen des dem normalen Furchtaffekte zugrundeliegenden Gefühlszustandes, durch quantitative Veränderungen des normalen Affektverlaufes oder durch Verfälschung der normalen Affektbedingungen.



2. Pathologische Furchtzustände kommen sowohl bei echten Psychosen als auch bei den sog. psychischen Grenzzuständen vor.

3. Während die auf Grund echter Psychosen entstehenden pathologischen Furchtzustände die Voraussetzungen des § 51 RStGB. erfüllen, tun die auf Grund der psychischen Grenzzustände entstehenden Furchtzustände dieses im allgemeinen nicht.

4. Die pathologische Furcht, selbst wenn ihr Inhalt Furcht vor persönlicher Gefahr ist, ist nicht gleichbedeutend mit dem militärstrafrechtlichen Begriff der Furcht vor persönlicher Gefahr, d. i. der Feigheit.

Meyer (36) hält bei Personen, die im Sinne des § 176 StGB. geisteskrank sind, die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft für angezeigt. Der Arzt bedarf in solchen Fällen nicht unbedingt einer rechtlichen Handhabe zur Einleitung des Abortes, sondern die Berechtigung seines Handelns wird bestimmt durch die „gewissenhafte Ausübung seiner Berufstätigkeit" entsprechend den Vorschriften über die ärztlichen Ehrengerichte. Es wird dabei auf die Ausführungen *Straßmanns* hinsichtlich der Notzucht verwiesen, der für diese Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt hält. Sollten gesetzliche Vorschriften aber gegeben werden, so sind die Bestimmungen des Schweizer Vorentwurfs von 1916 als vorbildlich zu empfehlen, die besagen, daß die Einleitung des Abortes bei geisteskranken und blödsinnigen Schwangeren bei Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters straflos bleibt. Im Falle der Vornahme des künstlichen Abortes soll die Sterilisierung angeschlossen werden.

Meyer (37) unterscheidet Sterilisation im Anschluß an den künstlichen Abort und außerhalb der Generationsphasen. Bei Epilepsie ist kein Anlaß zur Sterilisation vorhanden, dagegen bei Dementia praecox und multipler Sklerose. Für Sterilisation außerhalb der Generationsphasen kommt bei den Psychosen die eugenische Indikation in Frage.

Walter Fuchs (12a) führt die verschiedenen psychiatrischen Neuorientierungen in ihren Wesenszügen vor Augen. Die frühere Experimentalpsychologie ist als nicht individuell und seelenlos, unzureichend. *Lewin* will die Struktur des Individuums erforschen, er stellt das intentionale, voluntaristische Moment in den Vordergrund. *Kronfeld* will durch die phänomenologische, introspektive Analyse den immanenten Grund der Symptome erkennen. *Schilder* geht in der intuitiven Betrachtungsweise noch weiter als *Lewin* und lehrt eine Psychiatrie der Werte bei phänomenologisch-psychologischer Betrachtungsweise. Damit berühren sich Psychiatrie und Ästhetik. Verf. erwähnt dann die verschiedenen Bedeutungen des Begriffes Phänomenologie bei den einzelnen Autoren und faßt sie selbst zusammen als „Begriffliche Präzision, universellste Schilderung, Querschnitt, totale Voraussetzungslosigkeit." — *Kretschmer* scheidet einen körperlich exogenen von einem lebensepisodischen Faktor, kommt also zu einer drei- bis mehrdimensionalen Betrachtung und Diagnostik. Seine Methode ist die feinfühlige Exploration des Kranken, seine Selbstbeobachtung.

Ähnliche Gedanken hat *Fuchs* ausgesprochen. Persönlichkeitsforschung an Leistungen und Erlebnissen unter Vertiefung der Systematik durch ihre Bedeutung



als Frühsymptom in der Wirkung auf das Individuum. Verf. wertet diese Neuorientierungen als große Bereicherung, die aber doch nicht auf Analyse und Kausalität verzichten können, sondern diese müssen zusammen als eine große vitale Einheit aufgefaßt sein. Dieses erreicht nahezu Avenarius in den Vitalreihen, die alles vitale Geschehen, somatischer, seelischer und pathologischer Art, auf den gleichen Grundtypus zurückführen. Diese 3 Arten können beim Kranken verknüpft und verschlungen sein. Verf. hat aus all diesen Lehren heraus eine Vitaldifferenzmethode entwickelt; er provoziert eine physisch-psychische Vitalbewegung durch Reizengramme auf das Individuum und erhält aus vielen „Querschnitten den multidimensionalen Längsschnitt".

Kittel (23) warnt den psychiatrischen Gutachter vor der Diagnose „Querulantenwahn" als Krankheit sui generis. Er zeigt an 2 Beispielen, wie außerordentlich verschieden querulatorische Symptomenkomplexe beurteilt werden müssen; daß eine genaue nosologische Einreihung, ein ursächlicher Krankheitsprozeß angegeben werden muß; daß der Psychiater vor allem daran denken soll, daß querulatorische Zustandsbilder nicht eine Paranoia im engeren Sinne sind, sondern auch auf dem Boden anderer Krankheiten (manisch-depressivem Irresein beispielsweise) vorkommen können.

Stekel (64) stellt den Exhibitionismus als eine im Wachtraume vollzogene Zwangshandlung infantiler Herkunft dar, wobei er unter Zwangshandlung eine unbewußte symbolische Ersatzhandlung für eine verbotene, aus dem Bewußtsein verdrängte Vorstellung versteht. Er beweist an Beispielen den immer vorhandenen Infantilismus, seine häufige Ursache in Incesten und betont die Verwandtschaft mit der Epilepsie, der Onanie, dem Narzißmus, der Urolagnie usw. Der Exhibitionismus tritt dann auf, wenn die aktuelle Form der Befriedigung verhindert wird, der in dem Patienten den dauernden Drang nach Wiederholung zurückläßt, da seine Handlung nur eine Ersatzhandlung ist. Verf. sieht in der Psychoanalyse (event. mit Unterstützung der Hypnose) eine erfolgreiche Behandlung des Leidens indem an Stelle der traumhaften Zwangsvorstellung die wache Kritik des Bewußtseins tritt.

Schneider (57) hat 70 eingeschriebene Prostituierte charakterologisch gruppiert: Erregbare, Aktive und Sensitive, mit der Untergruppe des Bestehens eines Intelligenzdefektes. Dem Anlaß zur Prostitution, die meist im 18.—20. Lebensjahre beginnt, bilden immer Anlagen und Milieu, wobei unter den Anlagefaktoren Geld, Faulheit, Putzsucht vorherrschen, die Erotik selten ist. Der Anlagetyp hat die 2 Unterformen der Bewußten und Widerstandslosen, die etwa im Verhältnis 3 : 2 stehen. Ferner wurde die Stellung zum Geschlechtsleben, zum Kinde, zum Beruf, zur Religion und Umkehr behandelt.

Sieben (59a) hatte in der Praxis einen Fall von Morphiumabusus und Morphiumvergiftung mit letalem Ausgang, der durch die Verausgabung von Morphium durch eine Schwester eines katholischen Ordens auf ungesetzlichem Wege hervorgerufen wurde. Trotz mehrfacher Beschwerden des Verf. bis hinauf zum Ministerium des Innern, trotz gerichtlicher Untersuchung des Falles wurde die ungesetzliche Abgabe von Morphium nicht nur nicht eingestellt, sondern das



Kreisgesundheitsamt in B. gestand sogar den Pflegerinnen das Recht zu, Morphium zu verausgaben, wodurch geradezu der Morphiumabusus behördlich propagiert wird.

Maier (33) bespricht die Abänderungsvorschläge für das Schweizerische Strafgesetzbuch des Irrenärztevereins vom Jahre 1911. Es handelt sich um Verfügungsrechte über Unzurechnungsfähige, um verschärfende Maßnahmen gegen Homosexuelle, um eine Ausdehnung des Berufsgeheimnisses auch auf Studierende der nicht medizinischen Fakultäten, die einen Einblick in die ärztliche Praxis haben, um eine Erweiterung des Begriffes der strafrechtlich zu verfolgenden falschen ärztlichen Zeugnisse, um Bestrafung fahrlässiger Irrenwärter. Der Vorschlag, kriminelle Gewohnheitstrinker nach Entlassung aus der Trinkerheilstätte bei gutem Verhalten die Strafe zu erlassen, und sie nur bedingt zu entlassen, wurde dahin umgeändert, daß die Einweisung in eine Trinkerheilanstalt erst nach Vollzug der Strafe möglich ist; diese Änderung ist nach Ansicht *M.*s eine verkehrte, da hierdurch die Heilung psychologisch verhindert wird und der Trinker schlechter steht als ein gesunder Verbrecher. Er beantragt eine Gegenresolution. Kindern unter 14 Jahren soll kein Alkohol verabreicht werden. Jugendliche können vor Vollziehung der Strafe eine Probezeit von 6 Monaten durchmachen, in der sie sich geistiger Getränke enthalten. Der Abtreibungsparagraph wird klar gefaßt: Die Abtreibung durch den Arzt ist straflos, wenn sie für Leben und Gesundheit der Schwangeren notwendig ist, oder bei Verübung von Notzucht, Schändung oder Blutschande. — Verf. bezeichnet das neue StGB. im psychiatrischen Sinne als Fortschritt.

Gaupp (13) bringt eine Katamnese zum Fall Wagner über weitere 6 Jahre nach dem 1914 erschienenen Buche über den Fall. Er kann, nachdem er diesen Typus der Paranoia 19 Jahre lang beobachtet hat, wichtige Aufschlüsse über Wesen und Prognose dieses Krankheitsbildes geben. Der ausgedehnte Briefwechsel Wagners, seine Tagebuchblätter und seine dramatischen Versuche gestatten ein weitgehendes „Einfühlen" in eine aus abnormer psychopathischer Anlage stammende chronische Geisteskrankheit und ihre einzelnen Symptome. Von einer Progression der Krankheit ist nichts festzustellen, eher sind einzelne Wahnideen korrigiert worden, andere treten nur episodisch auf; sie treten infolge ihrer affektiven Entstehung bei der Reizbarkeit seines Gemütslebens immer wieder auf. Wagner ist in den 12 Jahren in seiner geistigen Frische und Leistungsfähigkeit unbehindert geblieben, woraus *G.* den Schluß zieht, daß es sich nicht um einen Krankheitsprozeß handelt, sondern um „die Fortentwicklung einer pathologischen Persönlichkeit unter der Einwirkung der inneren Anlage und der persönlichen Erlebnisse."

Zur Erhebung eines Tatbestandes gehört nach *Hübner* und *Löwenstein* (18) die äußere Tat mit ihrem Erfolg und der innere, psychische Tatbestand, das Motiv. Ein gesundes Motiv hat praktische Zwecke; im Pathologischen gibt es einen Vorstellungsablauf ohne Obervorstellung und ein Handeln ohne Vorstellung eines Zweckes, ein triebhaftes, subjektiv bestimmtes, pathologisch-motiviertes Handeln. Seine Beurteilung spielt bei der Unterscheidung von Vorsatz und Fahrlässigkeit eine Rolle. Das pathologische Motiv, das äußerlich zu den gleichen Erscheinungsformen führen kann wie das gesunde, kann den Tatbestand des Gesetzes ausschließen



ınd ist auch auf Absichtsdelikte anwendbar. Verf. will mit diesen Ausführungen ›eweisen, daß zur Erhebung des Tatbestandes ein Psychiater die Frage entscheiden oll, ob ein gesundes oder pathologisches Motiv vorliegt, also eine psychologische Wendung des Strafrechts vorschlagen. Die Anwendung würde nur bei psychischen Grenzzuständen in Frage kommen, weil echte Geisteskrankheit durch den § 51 ausgeschlossen ist. Die im pathologischen Affekt vollzogene Tat mit event. mehrachen Erfolgen müßte als Tateinheit und als Triebhandlung mit Herabminderung, aber nicht mit Ausschluß der Willensfreiheit gewertet werden. Die Schwierigkeit les Prinzipes liegt in seiner Durchführung auf die gesamte Strafrechtspflege und auf der Bestimmung der Grenzfälle.

Galant (12b) richtet sich gegen die Bedeutung, die *R. Semon* der Mnemelehre und der Pathologie der Mneme beilegt. Er beweist an einer Kritik *Semons* über die *Freud*sche infantile Amnesie, die *S.* nicht als wirkungsfähige, aber ins Unbewußte verdrängte Kindheitseindrücke auffaßt, sondern als durch die geringe engraphische Empfänglichkeit bedingte Schwäche und Vergänglichkeit der Kindheitsengramme, um so mehr, je früherer Kindheit sie angehören, daß *S.* mit der Mnemelehre irre geht; er stellt das Gesetz der Involution der Mneme auf, das der *Semon*schen Beweisführung widerspricht. Er glaubt, daß *Semons* Fehler darin liegt, daß er psychische Vorgänge durch psychophysiologische Theorien erklären will, daß er Psyche und mnemische Empfindungen für identisch hält. Nur die reine Psychologie kann nach Verf. psychologische Begriffe wie das Unbewußte, das von dem Unterbewußten wohl zu unterscheiden ist, erklären. Das Unbewußte, das nie im Horizonte des Bewußten und des Bewußtseins gewesen ist, ist immer nur einer Art, und zwar sind es die Wandlungen und Entäußerungen der Sexualität.

Helenefriderike Stelzner (66) hatte vor dem Kriege unter 400 von ihr beobachteten jugendlichen Angeklagten 50 Warenhausdiebstähle zu verzeichnen. Nach psychiatrischer Begutachtung waren darunter 22 normal veranlagte Mädchen, 28 psychopathische Konstitutionen, zum größten Teil aber irgendwie defekte Intelligenzen, die häufig von andern Personen angestiftet waren oder der Reizsamkeit ihrer Begehrungsvorstellungen unterlagen. In den seltensten Fällen, selbst bei den psychopathisch Veranlagten konnte der Diebstahl als Funktion der krankhaften Veranlagung aufgefaßt werden, somit der Begriff Monomanie oder Kleptomanie ausgeschlossen werden. Der hohe Prozentsatz der Warenhausdiebstähle und die Art des gestohlenen Gutes, das sich zu $^9/_{10}$ aus Anlockungsmitteln der Kleiderkunst, Luxuswäsche usw. zusammensetzt, weist auf Unterströmungen der erotischen Sphäre hin. — Der Soziologe findet auf dem Gebiete der Warenhausdiebstähle ein reicheres Arbeitsfeld als der Psychiater. — Nach dem Kriege vollzog sich eine auffallende Umstellung der Kriminalität der Jugendlichen. Die Warenhausdiebstähle traten vollkommen in den Hintergrund. Mangel und Hunger bilden das vorherrschende Motiv zu Diebstählen aller Art, vor allem aber zu Mundraub, Heizmitteldiebstahl, Postunterschlagungen, in den meisten Fällen aus ausgesprochener Not. Bezüglich der Psyche der Angeklagten steht intellektuelle Schwäche im Vordergrund, in erster Linie ist aber die ungeheuer verstärkte Kriminalität auf Lockerung der moralischen und gesetzmäßigen Begriffe zurückzuführen.



Unter dem Eindruck der Kriegserfahrungen rückte die Frage, ob die reine Simulation eine sehr seltene Erscheinung, oder ob sie häufig vorkomme, in den Vordergrund der Diskussion. Der erfahrene Irrenarzt weiß, daß nicht die typischen, sondern die vom Typus mehr oder weniger abweichenden Krankheitsfälle die häufigeren sind, und deshalb wird er vorsichtig im Aufstellen der Diagnose sein und wird nicht einen der Simulation verdächtigen Fall auch für simuliert erklären, weil er sich einem bekannten Krankheitsschema nicht einfügen läßt. Er muß um so mehr behutsam sein, als der Versuch der Simulation meist einen pathologischen Hintergrund hat und simulierende Individuen sich oft als geistesgestört, psychopathisch und sonst irgendwie krankhaft erweisen. Die pathologischen Kenntnisse über die Geisteskrankheiten ruhen noch immer auf unsicherer Grundlage. Dieser Unsicherheit entstammt der Zweifel, ob die tatsächlich oder wenigstens vermeintlich festgestellte Simulation nicht einen von dem simulierten Krankheitsbilde abweichenden pathologischen Geisteszustand verdeckt und ob die Simulation selbst nicht krankhaften Charakters ist. *Epstein* (8) berichtet eingehend über 3 sehr interessante Fälle von Simulation. Sie sind trotz der Verschiedenheit der in ihm kundgebenden Symptomenkomplexe durch mehrere gemeinsame Züge miteinander verbunden. Es handelt sich in den 3 Fällen um erheblich belastete psychopathische Individuen, bei denen im Anschluß an ein affektbetontes Erlebnis eine überwertige Idee zur Entwicklung kam. Diese überwertige Idee löst in jedem Falle eine psychogene Symptomengruppe aus, in deren Rahmen wir teils bewußt, teils unbewußt vorgenommener Übertreibung und Vortäuschung begegnen. Selbst dort, wo diese Vortäuschung oder Übertreibung bewußt geschieht, fehlt in der Durchführung die volle Handlungsfreiheit, mithin auch die freie Willensäußerung. Der Kranke handelt unter dem Einfluß krankhafter Erregung und krankhaften Zwanges. Ohne verallgemeinern zu wollen, macht der Verf. darauf aufmerksam, daß alle drei Fälle eine Einsicht in jenen seelischen Mechanismus gewähren, der die bewußte oder unterbewußte, aber immerhin krankhafte Vortäuschung hervorbringt, und mahnt zur Vorsicht bei der Feststellung reiner, d. h. von pathologischen Faktoren freier Simulation. Vorsicht ist aber auch in entgegengesetzter Richtung nötig.

Es werden 3 Fälle von Diebstahl mitgeteilt, die *Kielholz* (22) als „symbolische Diebstähle" auffaßt. Bei ihnen fehlt eine hinreichende Motivierung des Vergehens aus Charakter, Milieu und Gelegenheit entweder ganz oder ist doch nur recht mangelhaft zu konstruieren, auch versichert der Täter selbst bestimmt und in glaubwürdiger Weise, das Motiv zur Tat nicht zu kennen oder gibt Gründe für seine Handlung an, die wenig stichhaltig erscheinen. Verf. ist der Ansicht, daß diese Art Diebstähle durch gewisse unbewußte Mechanismen erfolgen, durch die auch *Freud* Fehlhandlungen zu deuten versucht, so daß diese Delikte als symbolische Betätigungen aufzufassen sind. Es soll ein Zusammenhang der Vergehen mit der Sexualität des Täters bestehen; die symbolischen Diebstähle haben demnach eine gewisse Verwandtschaft mit Vergehen von sexuell Perversen, z. B. Kleider- und Schuhfetischisten, die in triebhafter Weise sich Gegenstände verschaffen, die in symbolhafter Weise zur Befriedigung ihrer Lust dienen. Diese Art Diebstähle berühren sich auch mit Symbolhandlungen der Zwangsneurotiker, bei denen durch unverständliche Zere-



monien und Betätigungen eine unbewußte Tendenz symbolisch zur Darstellung kommt. Verf. will durch seine Schilderung der symbolischen Diebstähle anregen, daß ähnliche Vergehen, die auf den ersten Blick unbegreiflich erscheinen, psychologisch sich als symbolische Handlungen klären lassen. Wenn die Handlungen der Zwangsneurotiker und Perversen als rein triebhafte, aus dem Unbewußten motivierte, dem Bewußtsein des Täters gänzlich unverständlich zu beurteilen sind, so verdienen auch die Symboldiebstähle eine analoge Wertung, so daß die Auffassung gerechtfertigt erscheint, daß ein Diebstahl, der sich psychologisch als eine symbolische Handlung erweist, als Delikt eines für diese Tat Unzurechnungsfähigen zu taxieren ist.

Der Krieg und seine unmittelbaren Folgen nahmen aus leicht ersichtlichen Gründen einen starken Einfluß auf die Entwicklung der Verwahrlosung. *Gregor* (14) befaßt sich mit dem Nahrungsmittelschwindel, der von verwahrlosten Fürsorgezöglingen in gewisser Häufigkeit beobachtet wurde. Er beschreibt ausführlich zahlreiche solcher Fälle und macht auf die Beziehungen zwischen hysterischem, epileptischem und manischem Irresein zur Verwahrlosung aufmerksam. Solche Individuen neigen in den Phasen, die diese Krankheiten mit sich bringen, zu Delikten. Die besprochenen Fälle zeigen aber auch, daß Psychosen der genannten Art larviert verlaufen können, und sind darum von prinzipiellem Werte, weil sie für die forensische Beurteilung eine weitere Auslegung des Begriffes manisch und epileptische Verstimmung nahelegen. Ein Fall von larvierter Epilepsie brachte das Besondere von kaum noch gewürdigten epileptischen Äquivalenten, die sich von den bekannten epileptischen Äquivalenten durch den Mangel gröberer Erinnerungsstörung unterscheiden. Interesse bietet ein anderer Fall, der Delikte auf der Stufe von Zwangshandlungen bietet.

Die qualitative Bewertung des Materials zeigt deutlich die Verwahrlosung als Produkt von inneren und äußeren Ursachen. Ohne die durch den Krieg geschaffenen sozialen Verhältnisse wären die beschriebenen Delikte nicht begangen, trotzdem wäre wohl die Mehrzahl dieser Individuen verwahrlost und wahrscheinlich auch kriminell geworden. Den äußeren Ursachen kann also nur eine Verwahrlosung gestaltende, aber nicht erzeugende Funktion zugeschrieben werden.

Die Frage nach der Stellung des Nahrungsmittelschwindels in der Entwicklung der Verwahrlosung wird dahin beantwortet, daß es sich durchgehend um Individuen von endogen bedingter Abartung handelte, die vorwiegend eine psychopathische Konstitution mit moralischer Schwäche oder Minderwertigkeit aufwiesen, wie es für die Mehrzahl der Fürsorgezöglinge gilt. Andere Momente wie Mangel an Erziehung oder einsichtsvoller Lenkung durch Eltern, namentlich aber die durch die soziale Lage in der Kriegszeit gegebene Verlockung zu Vergehen, gewährten der Neigung zu Delikten eine derartige Unterstützung, daß es zu Vergehen kam, die weit über die in der Anlage gegebenen Disposition hinausgingen.

Während unsere Gesetze den mangelhaften und unvollkommenen Funktionen des Nervensystems und der Entwicklungsperiode generell Rechnung tragen und für die Jugendlichen Sonderbestimmungen enthalten, entbehrt die Rückbildungsperiode dergleichen. Der Gerichtsarzt hat aber die nervösen Ausfallserscheinungen



festzustellen und dadurch dem Richter eine gerechte Würdigung der infolge Krankheit minderwertigen Persönlichkeit zu ermöglichen. Die Erkennung und Bewertung der Krankheitsbilder der Arteriosklerose spielt in der ärztlichen Gutachtertätigkeit nicht die Rolle, die ihnen in Wirklichkeit zukommt. Die Diagnose Neurasthenie und „nervöse“ Störung hat sehr häufig als Ursache eine Arteriosklerose. Die forensische Bedeutung der zerebralen Arteriosklerose erstreckt sich vornehmlich auf die beiden Fragen, in welchem Maße die Erkrankung in rechtlicher Beziehung die Vollwertigkeit des Menschen beschränkt, und ferner welche Bedeutung der Erkrankung beim Hinzutreten von äußeren schädigenden Einflüssen bei der Beurteilung des entstandenen Schadens zuzumessen ist. *Knape* (25) bespricht die heutigen Anschauungen über die Entstehung der Arteriosklerose, die klinischen und anatomischen Ausdrucksformen des Krankheitsverlaufes sowie die Möglichkeit ihres diagnostischen Nachweises. Während das Schwergewicht in der gerichtsärztlichen Beurteilung der Gehirnarteriosklerose auf dem Gebiete des Zivilrechts liegt, so spielt sie doch auf dem Gebiete des Strafrechts keine unwesentliche Rolle. Derartige Kranke können im strafrechtlichen Verfahren sowohl als Täter der strafbaren Handlung wie auch als der durch das Delikt geschädigte Teil Gegenstand gerichtsärztlicher Begutachtung werden. Als Täter einer strafbaren Handlung kommt der arteriosklerotische Kranke besonders im Beginn der Erkrankung in Frage. Starke Labilität der Affekte, krankhaft gesteigerte Reizbarkeit bringen ihn mit dem Strafrecht in Konflikt. Beleidigung und Körperverletzung sind häufig die Folgen der krankhaften Erregbarkeit, sonstige Vergehen häufig Folgen der Intoleranz gegen Alkohol. Die auf Arteriosklerose beruhende krankhaft gesteigerte Ermüdbarkeit und Vergeßlichkeit führt zu Klagen wegen Vernachlässigung des Dienstes, zu Fahrlässigkeiten, zu Anklagen wegen Urkundenfälschung und Unterschlagung. Bei arteriosklerotischen Gehirnerkrankungen werden nicht selten Delikte gegen die Sittlichkeit beobachtet. Ob dem Täter für das Vergehen der strafausschließende § 51 zuzubilligen ist, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Bei den leichten Formen der Zerebralarteriosklerose wird der Täter zwar zurechnungsfähig sein, doch ist er in seinem Tun und Lassen weniger widerstandsfähig und leichter bestimmbar, dem der Richter bei Strafabmessung Rechnung zu tragen pflegt. Wir müssen damit rechnen, daß die Folgen einer Körperverletzung bei einer arteriosklerotischen Hirndegeneration wesentlich schlimmer sind, als wenn das Trauma einen gesunden Organismus getroffen hätte. Die Frage nach der Verhandlungsfähigkeit eines an zerebraler Arteriosklerose leidenden Menschen würde wegen des infolge Erregung leicht auftretenden Schlaganfalles zu verneinen sein, doch ist sie, wenn nicht ein dringender Anlaß vorliegt, zu bejahen im Interesse der Rechtspflege und auch des Angeklagten. Entstehen Zweifel über die Zeugnisfähigkeit, so ist das Auffassungsvermögen zur Zeit des Geschehnisses zu untersuchen. Die größte Bedeutung hat die Gehirnarteriosklerose vom zivilrechtlichen Standpunkt für die Geschäftsfähigkeit und Testierfähigkeit. Erst das Auftreten wesentlicher psychischer Krankheitszeichen, hochgradiger Gedächtnisschwäche, schwere Schädigung des Auffassungsvermögens, ungenügende Orientierungsfähigkeit, abgestumpftes, ideenarmes, willensschwaches Wesen berechtigen dazu, die

eschäftsfähigkeit zu beschränken oder zu verneinen. Schließlich kann die zerebrale Arteriosklerose auch als Grund für die Anfechtbarkeit einer im späteren Alter geschlossenen Ehe in Betracht kommen, desgleichen für die angesuchte Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.

Die Neurosen nach einem Trauma haben nach *Rumpf* (55) keineswegs die schlechte Prognose wie *Oppenheim* sie seinerzeit angab. Die eigentliche Neurose umfaßt nur Krankheitsbilder, die rein funktionell sind; den Schreckneurosen fehlen Verletzungen des Körpers. Auf den Verlauf der neurösen Beschwerden spielen außer dem überstandenen Schrecken Befürchtungsvorstellungen und Entschädigungsbestrebungen eine große Rolle. Simulation ist sehr häufig, deshalb ist die Diagnostik nach der Richtung zu entwickeln, daß der Kranke stets im Unklaren gehalten wird, welches Symptom in Wirklichkeit geprüft wird. Die Auffassung, daß die Neurose nach Trauma ein schwer heilendes Leiden sei, die Verzögerung in der Erledigung der Entschädigungsansprüche, die Verschleppung durch Prozesse usw. verzögern die Heilung, erfordern große unnütze Geldaufwendungen und verhindern eine Wiederherstellung der Arbeitskraft um Jahre, vielleicht sogar dauernd. Neben der Behandlung, bei der die psychische Beeinflussung sowie die Hypnose eine große Rolle spielen, ist als Vorbedingung zur Heilung auf die glatte und rasche Erledigung der Entschädigungsansprüche der größte Wert zu legen. Dazu ist eine schleunige Änderung der Gesetzgebung zu erstreben, durch Änderung des § 843 BGB. Um durch jahrelange Streitigkeiten die Heilung nicht zu verhindern, wird empfohlen, daß zur schnellen Erledigung des Prozesses das Gericht eine ärztliche Kommission ernennt, die unter Zuziehung eines Richters eine für beide Parteien bindende Entschädigung zu treffen hätte.

Kürbitz (28) gibt eine Übersicht über die juristischen Bestimmungen der Testierfähigkeit, wobei die Testierfähigkeit bei den Geisteskrankheiten den Gerichtsarzt am meisten interessiert und ihre genaue Kenntnis erfordert. Er muß die verschiedenen Symptome kennen und nach ihnen fahnden, in der Anamnese, bei unparteiischen Zeugen forschen, um in objektiver, sicherer Weise seinen Geisteszustand feststellen zu können und damit seine Testierfähigkeit oder Unfähigkeit. Schwierigkeiten bietet oft das ärztliche Berufsgeheimnis. Einschränkungen der Testierfähigkeit sind bei Unfähigkeit zu schreiben, zu lesen und zu sprechen gemacht, wobei Sprach- und Schreibunfähigkeit eine Testierunfähigkeit bedingt, ebenso wie Taubstummheit mit gleichzeitiger Schreib- und Leseunfähigkeit. Verf. betont die einschneidende Bedeutung dieser Verfügungen für Kranke und die Schwierigkeiten, die sich in ihrer richtigen Beurteilung für den sachverständigen Arzt ergeben.

Rittershaus (54) berichtet über einige forensische, kriminalpsychologische Fragen, deren Eigenart in den außerordentlichen Konstellationen des Krieges begründet ist. Zum Beispiel über die Schwierigkeit des Aburteiles eines Landes- oder Kriegsverräters durch die raffinierte und geschickte Verteidigung der belgischen Anwälte. Ferner über die Möglichkeit der Prägung eines neuen Delikts, über das seltene Vorkommnis der psychiatrischen Begutachtung einer Zeugin und über die Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit als sachverständiger Zeuge und als Sachverständiger.



Bruch (2a) hat die Akten der Schweizer Militärgerichte studiert und berichtet über den Zusammenhang von Alkoholgenuß und Verbrechen. Alkoholgenuß des Täters ist nur dann in den Urteilen angegeben, wenn die Tat infolge übermäßigen Alkoholgenusses begangen oder der Alkohol doch eine große Rolle dabei spielte. Bei 1808 aufgeführten Vergehen wurden 551 von Berauschten begangen, dazu kamen noch 73 Täter, die als chronische Alkoholiker bekannt sind. 34,5 % der Vergehen wurden demnach unter dem Einfluß des Alkohols ausgeführt. Bei den einzelnen Vergehen sind die Zahlen noch höhere, z. B. bei der betrügerischen Erwirkung von Urlaub 57 %, Insubordinationen 48,95 %, Drohung, Ehrverletzung und ähnlichem 43,1 %, Körperverletzung im Raufhandel 82,2 %. Diese erschreckend großen Zahlen bei den gesundesten und im kräftigsten Alter stehenden Teil der Bevölkerung läßt einen Rückschluß auf die sehr große und verderbliche Verbreitung des Alkohols zu, zumal wenn man bedenkt, daß die übergroße Mehrzahl der Alkoholentgleisungen disziplinarisch geahndet wurden und somit nicht in die oben angeführten, zur Aburteilung gekommenen Vergehen eingerechnet sind.

---

10. Serologie.

Ref.: Max Bräuner-Lüneburg.

1. *Baumgärtel* (München), Wassermannsche und Sachs-Georgische Reaktion bei Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 15, S. 421. (S. 198*.)
2. *Bieling* und *Weichbrodt* (Frankfurt a. M.), Serologische Untersuchungen bei Grippe und Grippeenzephalitis. Vortragsbericht, 45. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, Juni 1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd.22, H. 3/4, S. 206. (S. 202*.)
3. *Blasius, O.* (Hagen, Westf.), Untersuchungen mit den von Meinicke angegebenen Luesreaktionen (M. R. u. D. M.) D. med. Wschr. Nr. 31, S. 854. (S. 200*.)
4. *Bonsmann, M. R.*, Vergleichende Untersuchungen über Kolloidreaktionen im Liquor cerebrospinalis. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 134, H. 1 u. 2. (S. 205*.)
5. *Dieudonné, A.* und *Weichardt, W.*, Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. 10. umgearb. Aufl. Leipzig, Joh. A. Barth. 240 S. — 28 M.
6. *Epstein, Emil* und *Paul, Fritz* (Wien), Praktische Erfahrungen und theoretische Betrachtungen über die Meinickesche Ausflockungsreaktion (III. Modifikation) bei Syphilis. Med. Klin. Nr. 19, S. 500. (S. 200*.)
7. *Ewald, Gottfried* (Erlangen), Die Abderhaldensche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ergebnisse in der Psychiatrie. Habilitationsschr., Erlangen, und Abhandl. aus der Neurol. u. Psych. H. 10. (S. 201*.)



8. *Derselbe*, Erklärung zu der Arbeit von V. Kafka: „Über die Frage der diagnostischen Bewertung des Dyalisierverfahrens nach Abderhalden in der Psychiatrie" in Nr. 39, 1919, dieser Ztschr. Med. Klin. Nr. 3, S. 69. (Schlußwort *Kafka* cf. S. 70.) (S. 201*.)
9. *Fabinyi*, *Rudolf*, Untersuchungen der Blutserum-Globuline bei Geisteskranken, namentlich bei Paralyse. Orvosi hetilap Nr. 36. (S. 201*.)
0. *Fehsenfeld*, *G.* (Neuruppin), Zur Sachs-Georgi-Reaktion (siehe auch *Kafka*, *V.*, Bemerkungen zu dieser Arbeit, gl. Ztschr. Nr. 31/32 und Erwiderung von *Fehsenfeld* Nr. 37/38). Psych.-neurol. Wschr. Nr. 23/24, S. 191. (S. 199*.)
1. *Felke*, *H.* (Rostock), Die Rolle des Albumins und Globulins bei der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1291.
12. *Fleischmann*, *Otto* (Frankfurt a. M.), Die Beziehungen zwischen dem Liquor cerebrospinalis und dem Plexus chorioidei. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 59, S. 305. (S. 205*.)
13. *Derselbe*, Die Beziehungen zwischen dem Liquor cerebrospinalis und der Hypophyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 72, H. 1/5, S. 171. (S. 205*.)
14. *Georgi*, *F. K.* (Frankfurt a. M.), Zur Frage der Empfindlichkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion im Liquor. Münch. med Wschr. Nr. 46, S. 1317. (S. 204*.)
15. *Guillain*, *G.*, *Laroche* et *Lechelle* (Paris), Étude comparative de la réaction de benjoin colloidal et de la réaction de la gomme mastic d'Emanuel. Cpts. rend. des séances de la Soc. de biologie vol. 83, nr. 31. (S. 205*.)
16. *Hajos*, *K.* u. *Molnar*, *B.* jun., Die Luesreaktionen von Meinicke und Sachs-Georgi in der inneren Medizin. Wien. klin. Wschr. Nr. 44. (S. 200*.)
17. *Herschmann*, *Heinrich* (Wien), Beitrag zur Beurteilung des differentialdiagnostischen Wertes der 4 Liquor-Reaktionen in der Spätlatenz der Syphilis. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 4, S. 429. (S. 203*.)
18. *Horstmann*, *Joh.* (Hamburg), Erfahrungen über die klinische Brauchbarkeit der Weichbrodtschen Sublimatreaktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 55, S. 294. (S. 204*.)
19. *Huebschmann* (Leipzig), Über die neueren Ausflockungsreaktionen zur Diagnose der Lues. Münch. med. Wschr. Nr. 9, S. 251. (S. 198*.)
20. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Blutforschung und Geisteskrankheiten. (Antrittsvorlesung, geh. am 19. Jan. 1920.) Med. Klin. Nr. 13, S. 329.
21. *Derselbe*, Atypische serologische Befunde bei Paralyse und ihre Bedeutung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 56, S. 260. (Siehe auch Erwiderung von *F. Plaut*, München, gl. Bd. S. 296 und Entgegnung von *Kafka*, Bd. 59, S. 352 und weitere Äußerung von *Plaut* S. 357.) (S. 202* u. 203*.)



22. *Derselbe*, Serologische Studien zum Paralyseproblem. Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 955. (S. 202* u. 203*.)

23. *Kellert*, *Ellis*, Observation on the colloidal gold reaction with cerebrospinal fluid. The American journ. of med. sciences vol. 149, nr. 2.

24. *Kirschner*, *L.* und *Segall*, *J.* (Wien), Serodiagnose der Lues mittels neuer Präzipitationsmethoden. Wien. klin. Wschr. Nr. 18. (S. 200*.)

25. *Körtke*, *Heinrich* (Hamburg), Serologische Untersuchungen an Geisteskranken der Staatsanstalt Langenhorn in bezug auf die Erhöhung des antitryptischen Vermögens und die Abderhalden-Fauserschen Dyalisierreaktion sowie auf die Beziehungen zwischen beiden. Mtschr. z. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 3, S. 148. (S. 202*.)

26. *Krueger*, *Hermann* (Hoppegarten b. Berlin), Ergebnisse der Blut- und Spinalflüssigkeitsuntersuchung bei luetischen Hirn- und Rückenmarkserkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 1, S. 18. (S. 203*.)

27. *Kumer*, *L.*, Über die Sachs-Georgische Ausflockungsreaktion. Wien. klin. Wschr. Jahrg. 33, S. 562. (S. 198*.)

28. *Kyrle*, *J.*, *Brandt*, *R.* und *Mras*, *F.* (Wien), Goldsolreaktion im Liquor Syphilitischer, ihr Verhalten zu anderen Liquorreaktionen und ihre klinische Brauchbarkeit und Bedeutung. Wien. klin. Wschr. Nr. 1. (S. 204*.)

28 a. *Dieselben*, Weiterer Beitrag zur Frage der Goldsolreaktion im Liquor Sekundärsyphilitischer. Wien. klin. Wschr. Nr. 34. (S. 204*.)

29. *Mandelbaum*, *M.* (München), Beitrag zum Wesen der Sachs-Georgischen Reaktion. (Diskussionsbemerkungen zu dem Vortrag von Dr. Baumgärtl am 1. Juni 1920. Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 962. (S. 200*.)

30. *Marx*, *Emil Josef* (Ahrweiler), Über die Sublimatreaktion des Liquor cerebrospinalis nach Weichbrodt. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 5, S. 227. (S. 204*.)

31. *Meinicke*, *E.* (Ambrock b. Hagen i. W.), Zum Nachweis der Syphilis durch Ausflockungsreaktionen. D. med. Wschr. Nr. 1. (S. 200*.)

32. *Messerschmidt*, *Th.* (Hannover), Vergleichende Untersuchungen zwischen den Reaktionen nach Sachs-Georgi und nach Wassermann. D. med. Wschr. Nr. 6, S. 150. (S. 198*.)

33. *Neukirch*, *P.* (Kiel), Über eine Ausbaumöglichkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion. Med. Klin. Nr. 3, S. 69. (S. 199*.)

34. *Derselbe*, Über den Einfluß der Temperatur und anderer Faktoren auf die Serumausflockung bei Syphilis. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. und dem Georg-Speyer-Hause zu Frankfurt a. M. H. 10, S. 47—65.

35. *Pesch*, *Karl* (Köln), Über den serologischen Lues-Nachweis mittels der Ausflockungsreaktion nach Meinicke und nach Sachs-Georgi. Münch. med. Wschr. Nr. 43, S. 1232. (S. 200*.)



6. *Sachs, H.* (Frankfurt a. M.), Zur Frage der Brauchbarkeit cholesterinierter Organextrakte für die Serodiagnostik der Syphilis. D. med. Wschr. Nr. 3, S. 60. (S. 200*.)

7. *Sachs, H.* und *Georgi, W.* (Frankfurt a. M.), Zur Methodik des serologischen Luesnachweises mittels Ausflockung durch cholesterinierte Organextrakte. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 66. (S. 198*.)

8. *Dieselben*, Beiträge zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. und dem Georg Speyer-Hause zu Frankfurt a. M. H. 10, S. 5—28. (S. 198*.)

9. *Scheer, Kurt* (Frankfurt a. M.), Die klinische Verwendbarkeit der Sachs-Georgischen Reaktion, speziell der Mikromethode, auf Lues. Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 1352. (S. 199*.)

0. *Schönfeld, W.* (Würzburg), Über die Mastixreaktion (Emanuels) und ihre Stellung zu anderen Reaktionen in der Rückenmarksflüssigkeit. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 482. (S. 204*.)

0 a. *Derselbe*, Ergebnisse der Sachs-Georgi-Ausflockungsreaktion bei Blut- und Liquoruntersuchungen. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 399. (S. 199*.)

1. *Stanford, R. V.* (Cardiff), The density of the cerebrospinal fluid in case of mental disease. Reports from the chemical laboratory, Cardiff city mental Hospital nr. 1. Cardiff, Western mail, ltd. 8 S.

2. *Stern, Felix* (Kiel), Über positive Wassermannreaktion bei nichtluetischen Hirnerkrankungen. Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 3, S. 725. (S. 201*.)

3. *Stern, Felix* und *Pönsgen, Fritz* (Kiel), Kolloidchemische Untersuchungen am Liquor cerebrospinalis. Berl. klin. Wschr. Nr. 12 u. 13. (S. 204*.)

4. *Dieselben.* Der Wert der Mastixreaktion unter den Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis. Berl. Klin. Wschr. Nr. 27, S. 634. (Bemerkungen zu dieser Arbeit vgl. gl. Wschr. S. 852.) (S. 205*.)

5. *Stilling, Erwin* (Frankfurt a. M.), Zur Frage der Spezifizität beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung nach Sachs u. Georgi. Med. Klinik Nr. 2, S. 41. (S. 199*.)

16. *Derselbe*, Über die Bedeutung der Serumkonzentration beim Inaktivieren für den serologischen Luesnachweis. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. u. dem Georg-Speyer-Hause zu Frankfurt a. M. H. 10, S. 31—44. (S. 199*.)

17. *Derselbe*, Über den Einfluß von Säure und Alkali auf die Reaktionsfähigkeit der Komponenten beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. und dem Georg-Speyer-Hause zu Frankfurt a. M. H. 10, S. 69—74.

18. *Vallet, G.*, Modifikation de la technique des Calmette et Massol chez la réaction de Wassermann. Presse méd. no. 79, p. 745.



49. *Weston, Paul G.* (Warren, Pa.), The nature of the substance causing the colloidal gold reaction. The Americ. journ. of insan. vol. 76, nr. 4, p. 393.

50. *Winkler, Friedrich*, Über die Ausflockungsreaktionen zur Luesdiagnose nach Sachs-Georgi, Meinicke und Lesser. Inaug.-Diss. Leipzig.

a) Blut.

Baumgärtel (1) sichtet 17 186 veröffentlichte Fälle von Paralleluntersuchungen von Wa-R.und Sachs-Georgi-R.; 91,43 % waren übereinstimmend; bei 5,95 % waren scharfe, bei 2,62 % undeutliche Unterschiede. Er selbst hat bei 7000 Fällen 89,9 % Übereinstimmung. Die Unterschiedsfälle zeigten bei 63,6 % pos. Wa-R., bei 36,4 % pos. Sachs-Georgi (Brutschrankmethode). Primäre und latente Syphilis zeigten im Gegensatz zu andern Autoren viel mehr pos. Wa-R. und negativen Sachs-Georgi. Übereinstimmend mit der Mehrzahl der Untersucher fand er bei behandelter Lues II und Lues III mehr Sachs-Georgi + und Wa-R. —. Wichtig ist die Ablesung nach 2 und nach 24 Stunden bei Sachs-Georgi; es bestanden nämlich in 16,8 % der Fälle Differenzen. Bei 68 Fällen wurde eine positive Ausflockung der ersten Ablesung negativ nach 24 Stunden; 16 Fälle zeigten erst nach 24 Stunden Ausflockung. Verf. schließt, daß Primär- und Latenzfälle zu einer vorübergehenden Ausfällung neigen, und daß dies Verhalten zur Aufdeckung atypischer Fälle führt, wie die Auswertung mit vermindertem Komplement nach *Kaup* bei der *Wassermann*schen Reaktion.

Kumer (27) hat in 91 % der Fälle Übereinstimmung zwischen Wa-R. und Sachs-Georgi gefunden. Differenzsera stammen von alten oder behandelten Luetikern. Verf. glaubt, daß Sachs-Georgi früher negativ wird als Wa-R., und redet einer einheitlichen Herstellung der Extrakte das Wort.

Messerschmidt (32) fand bei seinen 1122 Vergleichsuntersuchungen, wobei er jedoch Sachs-Georgi mit der 2 Stunden-Brutschrankmethode anstellte, 85,1 % Übereinstimmung. Von den Differenzen waren 114 Wa-R. + Sachs-Georgi — und 69 Wa-R. —, Sachs-Georgi +.

Sachs, H. und *Georgi* (37, 38) geben theoretische Begründungen, warum u. U. syphilitische Sera eine negative Wa-R. und eine positive Ausflockung ergeben können und umgekehrt. In einer Zusammenstellung von über 12 000 Fällen ergibt sich in 92,44 % Übereinstimmung der beiden Reaktionen. Liquor zeigt bedeutend geringere Empfindlichkeit bei Ausflockung gegenüber der Wa-R. Die früher beobachteten unspezifischen Hemmungen glauben Verff. durch die Brutschrankmethode beseitigt zu haben; sie geben dann noch eingehende methodische Anweisungen.

Auch *Huebschmann* (19) hat Vergleichsresultate zwischen Wa-R. und den Ausflockungsreaktionen veröffentlicht. — Auffallenderweise findet er Übereinstimmung zwischen Sachs-Georgi und Wa-R. nur in 77—79 %, zwischen Meinecke und Wa-R. in 83—88 %. Bei den Differenzfällen sind die Ausflockungen der Wa-R. an positiven Resultaten weit überlegen. Verf. mahnt zur besonderen Vorsicht bei Sachs-Georgi wegen der hohen Zahl der nicht spezifischen Ausschläge.



Wie andere Autoren, so fand auch *Stilling* (45), daß die unspezifischen positiven Ausfälle bei Sachs-Georgi vorwiegend vom Geschwulst- und Tuberkulosefällen herrührten. Bei seinen Untersuchungen mit der Brutschrankmethode waren die Tuberkulosen sämtlich negativ. Er hält die Brutschrankmethode für etwas weniger, aber hinreichend empfindlich als die Ablesung nach 2 Stunden. Verf. widerlegt (46) die Annahme *Mandelbaums*, der die Inaktivierung des Serums für Sachs-Georgi dadurch modifizierte, daß er es vorher mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnte und dadurch die Empfindlichkeit für Ausflockung steigern wollte. Wenigstens treffe dies für die gewöhnliche Inaktivierungstemperatur von 55° nicht zu. Dagegen war die Eigenhemmung der bei 55° inaktivierten Sera stärker, wenn die Sera in konzentriertem Zustande erhitzt wurden, als wenn sie erst nach vorheriger Verdünnung zur Inaktivierung gelangten.

Schönfeld (40 a) ist der Ansicht, daß bei Sachs-Georgi häufiger Eigenflockungen auftreten als bei der Wa-R. Eigenhemmungen und weiterhin, daß bei der 18 Stunden-Brutschrankmethoge häufiger Eigenhemmungen auftreten als bei der 2 Stundenmethode. Bei Anstellung von Parealllversuchen zwischen Wa-R. und Sachs-Georgi empfiehlt Verf. die Zweistundenmethode wegen größerer Empfindlichkeit. Mit dem Liquor ausgeführte Ausflockungen ergaben in einem Teil der Fälle Eigenflockung; abgesehen von den Eigenfällungen, sah Verf. nur spezifische Resultate.

Neukirch (33) stellte Versuche über die Eignung aktiver Sera für die Ausflockung nach Sachs-Georgi an. Während bekanntlich unbehandelte aktive Sera unspezifisch ausflocken, gaben aktive, mit Kieselgur vorbehandelte Seren durchweg spezifische Resultate, die sich mit den auf übliche Weise angestellten Ausflockungen nur zum Teil deckten. 5 Fälle von Syphilis flockten nur nach Vorbehandlung mit Kieselgur im aktiven Zustand aus.

Fehsenfeld (10) veröffentlicht Vergleichsuntersuchungen zwischen Wa-R. und Sachs-Georgi, wohl vorwiegend vom Material einer Heil- und Pflegeanstalt. Er hat 85 % Übereinstimmung; von den abweichenden Fällen waren 79 % positiv nach Sachs-Georgi, 3,45 % nach Wa-R. Frische Luesfälle (4—6 Wochen) zeigten schon pos. Sachs-Georgi, ebenso waren alte behandelte Fälle länger pos. nach Sachs-Georg wie mit Wa-R. Bei Hirnsyphilis und zweifelhaften Paralysen war häufig die Wa-R. neg., die Ausflockung pos. Sachs-Georgi sei daher der Wa-R. bedeutend überlegen.

In einer Erwiderung weist *Kafka* (10) darauf hin, daß die Wa-R. und die Sachs-Georgi-R. ihre Ursachen in verschiedenartigen Veränderungen des Serums haben, daß aktive Sera bei ersterer empfindlicher sind als bei Sachs-Georgi, und daß Grenzwerte bei Sachs-Georgi schwieriger abzulesen sind als bei der Wa-R. Eine Verdrängung der Wa-R. durch Sachs-Georgi sei auch deshalb unmöglich, weil die Rückenmarksflüssigkeit für die Ausflockung weniger empfindlich ist als für die Wa-R.

Scheer (39) benutzte bei Vergleichungsuntersuchungen zwischen der Wa-R. und der Sachs-Georgi-R. die von ihm angegebene Mikromethode. Mit letzterer hatte er 98 % Übereinstimmung mit der Wa-R. Er rühmt die größere Schärfe



dieser Methode, bei der er den Aufenthalt der Röhrchen im Brutschrank auf 2 Stunden beschränkt. Bei der geringen Menge erforderlichen Blutes läßt sie sich auch bei Säuglingen fortlaufend anwenden.

In theoretischen Untersuchungen über die Ausflockung weist *Mandelbaum* (29) nach, daß bei der *Sachs-Georgi*schen R. nicht Globuline, sondern Lipoide ausfallen. In bezug auf das Verhalten der Globulinlösungen bei der *Sachs-Georgi*schen und Wa-R. besteht keine Parallelität.

Kirschner und *Segall* (24) kommen zu dem Ergebnis, daß von den Ausflockungsreaktionen die Dritte Methode nach *Meinicke* am besten mit der Wa-R. übereinstimmt. Bei latenter Syphilis halten sie die Dritte Meinicke der Wa-R. überlegen. Auch *Pesch* (35) hat bei 2800 Seren 96,4 % Übereinstimmung zwischen Wa-R. und Dritte Meinicke-R. Die Differenzfälle teilen sich in 50 Fälle d. M. – und 52 Fälle Wa-R. +. Viele frisch behandelten Luesfälle sind nach D. M. noch pos. bei neg. Wa-R. Von den 102 Fällen hält er 40 mal die D. M.-R. überlegen; in 10 Fällen behandelter Lues war die Wa-R. überlegen. Verf. gibt der Meinicke-R. gegenüber der Sachs-Georgi-R. den Vorzug, weil sie ihm nur eine unspezifische Reaktion (Lungentbk.) ergab, und weil die Flocken bei Meinicke schöner und abgerundeter sind. Im Gegensatz dazu halten *Hajos* und *Molnar* (16) die Ausflockung weniger empfindlich als die Wa-R. Die Meinicke-R. sei weniger spezifisch als Wa-R.; Sachs-Georgi stehe der Wa-R. gleich. Sie empfehlen Sachs-Georgi neben Wa-R., da sie bisweilen empfindlicher ist und auch für Liquoruntersuchungen sich eigne, was bei der Meinicke-R. nicht der Fall sei.

Epstein und *Paul* (6) empfehlen die Wa-R. und die Dritte Meinicke-R. nebeneinander. Sie fanden 94,2 % Übereinstimmung; bei 69 Fällen war Meinicke allein, bei 36 Wa-R. allein positiv. Abweichend von Meinicke werden aktive Sera untersucht. Aus der Zusammenfassung sei erwähnt: Meinicke-R. ist im Initialstadium der Lues früher deutlich pos. als die Wa-R. und hält der Behandlung länger stand als Wa-R. Bei metaluetischen Fällen, insbesondere Tabes und Lues cerebri, fanden Verff. bei wiederholten Untersuchungen einen neg. Wa-R. und eine pos. Meinicke-R. Für beide Methoden wurden aktive Sera verwandt. Verff. lehnen die theoretischen Gründe *Meinickes* für inaktive Sera ab auf Grund von exakten Untersuchungen. Ohne Einbuße an Spezifizität hatten sie 10 % mehr positive Ausfälle.

Meinickes Untersuchungen (31) ergeben, daß einzelne Sera das Optimum an Extrakt unter oder über der üblichen Gebrauchsmenge haben. Bei Differenzresultaten mit der Wa-R. empfiehlt er daher Reihenversuche mit verschiedenen Extraktmengen. *Blasius* (3) hat die Dritte Meinicke-R. und Wa-R. verglichen. Er fand 83–84 % Übereinstimmung, 8–9 % graduelle Unterschiede, 7 % Differenzresultate, von denen 4,5 % Meinicke pos. und 2,5 % Wa-R. pos. waren. *B.* stellt bezüglich der Leistungsfähigkeit der Reaktionen folgende Zahlen auf: Wa-R. 4,5% Versager, Meinicke-R. 4,3 % Versager, Dritte Meinicke 2,5 % Versager. Bei seinen gelegentlichen Liquoruntersuchungen fand er Dritte Meinicke-R. geeignet und gleichlaufend mit Wa-R.

H. Sachs (36) verteidigt die von ihm eingeführten cholesterinierten Ex-

trakte gegen den Vorwurf der unspezifischen Wirksamkeit. Bei der Schwierigkeit der Beschaffung genügender Mengen von syphilitischen Leberextrakten bedeutet die erprobte Cholesterinierung der Herzextrakte ein ungefährliches Verfahren, das die biologische Reaktionsfähigkeit der Extrakte bei der Seradiagnostik der Syphilis in erwünschter Weise zu steigern erlaubt.

Stern (42) fand in einem Falle von Malaria kombiniert mit Basalsarkom die Wa-R. im Liquor pos. + + +, im Blut +. Er faßt die Wa-R. in diesem Falle „spezifisch" für Malaria auf. Er nimmt an, daß im Malariaanfall eine Ausschwemmung der komplement-bindenden Reagine aus Blut und Liquor stattfindet, da eine gesteigerte Permeabilität der Meningen im Anfall denkbar ist.

Fabinyi (9) prüfte das Blutserum von Geisteskranken durch Ausfällung teils mit Salpetersäure (*Bruck*), teils mit Ammoniumsulfat. Aus dem Ergebnis sei erwähnt, daß in 20facher Verdünnung das Serum bloß bei Paralyse und luetischen Geisteskrankheiten durch 28—29 % Ammoniumsulfatlösung ausgefällt wird, während sonst die ausfällende Ammonsulfatlösung höhere Konzentrationen (30—31 %) haben muß. Die Globulinfällungsmethode zeigt ziemliche Übereinstimmung mit der Wa-R., indem 79 % der mit 29prozentiger Lösung ausfällbaren Seren nach Wa-R. positiv sind. Die Versuche können aber noch keinen Ersatz der Wa-R. bedeuten.

In Anlehnung an die Arbeit im Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 1 (vgl. diesen Literaturbericht 1919, S. 192*) gibt *Ewald* (7) eine Darstellung des ganzen Gebietes der Abwehrfermente und seiner Bedeutung für die Psychiatrie. Neben der Bestätigung seiner früheren Resultate weist Verf. darauf hin, daß bei Paralyse häufig, aber nicht so regelmäßig, wie früher angenommen, Gehirn abgebaut wird. Bei klinisch sicheren innersekretorischen Erkrankungen fand Verf., daß die beobachteten Abbauvorgänge unseren klinischen Vorstellungen in weitgehendem Maße entsprechen, und schließt daraus, „daß wir es bei den andern, von Abbauvorgängen begleiteten Erkrankungen ebenfalls mit innersekretorischen Störungen parallel- oder gleichzusetzenden Anomalien des intermediären Zellstoffwechsels zu tun haben". Zusammenfassend sagt *E.*, daß die *Abderhalden*sche Reaktion für die Differentialdiagnose und für die Psychiatrie keine wesentlich praktische Bedeutung hat. „Den wunden Punkt der ganzen Methodik sehe ich in der vorläufigen Unmöglichkeit, die von *Plaut* erörterten Adsorptionsvorgänge, die positive Reaktionen vortäuschen können, auszuschließen." Verf. sieht in dem Dialysierverfahren eine äußerst empfindliche spezifische (wenn auch nicht fermentative) Reaktion. „Die Methode eignet sich im wesentlichen nur zur Feststellung großer Gemeinsamkeiten an großem Material."

Auf die Angriffe *Kafka*s gegen *Ewalds* Arbeit in der Med. Klin. Nr. 39, 1919 (vgl. diesen Literaturbericht 1919, S. 192*) bezweifelt *Ewald* (8), daß *Kafka* mit seiner quantitativen Auswertung die Fehlerquellen der adsorptiven Einflüsse umgeht. Da *Kafka* mit einer neuen Modifikation arbeite, seien Vergleiche seiner Resultate mit den Ergebnissen aller andern Autoren unmöglich. *Kafka* legt in seinem Schlußwort dar, daß er sich stets scharf an *Abderhaldens* Originalmethode gehalten habe und zur klinischen Verwertung nur die Resultate dieser herangezogen habe.



Körtke (25) spricht sich über das Ergebnis seiner Untersuchungen des Antitrypsingehalts des Serums dahin aus, daß bei Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, Epilepsie und Paralyse ein hoher Antitrypsinwert häufiger vorkommt als bei Gesunden und bei Degenerierten. Auch bei Gesunden ist der Unterschied des Antitrypsingehalts groß, deshalb dürfen hohe Werte nicht ohne weiteres als Krankheitssymptom aufgefaßt werden. Differenzialdiagnostisch kommt die Methode nur mit sehr großer Reserve in Betracht. Bei der *Abderhalden*schen Reaktion fand *K.*, daß bei Gesunden Abbauerscheinungen nicht völlig fehlen; selbst gleichzeitiger Abbau von Gehirn- und Geschlechtsdrüsen kommen vor. Die Häufigkeit des Vorkommens von Abbauerscheinungen bewegt sich in aufsteigender Linie von den Degenerierten, Psychopathen und Hysterikern zu den Manisch-Depressiven. Am häufigsten zeigen Abbau Dementia praecox, Epilepsie und Paralyse; bei Dementia praecox fand Verf. in 50 % gleichzeitig Abbau von Gehirn- und Geschlechtsdrüsen. Trotzdem hält er den Wert der Reaktion für die praktische Diagnostik für recht beschränkt; besonders ist ihr differenzialdiagnostischer Wert zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein und der Degeneriertengruppe bisher nicht sichergestellt.

Bieling und *Weichbrodt* (2) stellten am Serum von Grippe und Enzephalitiskranken fest, daß nach der ersten und bis zur siebenten Krankheitswoche vermehrte Agglutinine vorhanden sind; die Komplementbindung mit Influenzaantigen stieg nur wenig. Der Liquor enthielt niemals Agglutinine oder komplementbindende Körper für Influenza.

b) Liquor.

Kafka (21 u. 22) untersucht bei Paralysen die Differenzausfälle bei der Wa-R. zwischen Blut und Liquor. Er benutzte dabei nur Sera und Liquores, die am selben Tage von demselben Fall entnommen waren. Von 100 Fällen ergab sich in fast 20 % eine schwächere Blut- als Liquorreaktion. Erstere war bei Anwendung der Originaltechnik in diesen Fällen als negativ anzusprechen. Sodann bespricht *K.* 10 Fälle mit negativen oder negativ werdenden serologischen Blut- und Liquorreaktionen. Solche Fälle zeigen häufig klinische Atypien in Form von katatonen Zügen, Wahnideen und Sinnestäuschungen; jedoch haben auch einfach verlaufende, stationäre Paralysen manchmal negative Reaktionen. In Mischfällen von Lues cerebri und Paralyse hält sich Art und Verlauf der Liquorreaktionen an die überwiegende Krankheitsform. Klinisch anscheinend sichere Paralysen mit negativen oder negativ werdenden Liquorreaktionen können sich als Gehirnlues entpuppen. Durch die feineren Eiweißdifferenzierungsmethoden des Liquor werden sich oft auch noch Verschiedenheiten zwischen stationärer Paralyse und Endarteriitis syphilitica ergeben.

Verf. erörtert dann, daß die Ergebnisse der Liquor- und Serumuntersuchungen sehr wohl vergleichbar sind, und daß es gestattet ist, zwecks Verfeinerung des Nachweises an Reaginen im Serum, dieses in einer Verdünnung von 20—50 % auszuwerten. Zur Frage der Natur der Wa-R.-Stoffe im Blute betont *K.*, daß die Ansicht *Wassermanns* und *Langes*, daß wir die Quelle der die Wa-R. hervorrufen-



den Stoffe in Lymphozyten mit spezifischem Anteil zu suchen haben, nicht für die Verhältnisse des Gesamtorganismus verallgemeinert werden kann.

Eine Filtration der Luesreagine aus dem Blut in den Liquor ist beobachtet bei Luikern mit pos. Wa-R., die an einer infektiösen nichtluischen Meningitis erkrankt waren. Nur für diese Fälle spielt die Filtration eine Rolle; sonst ist eine pos. Wa-R. im Liquor durch lokale Erkrankung des Zentralorgans und der Meningen begründet.

Auf Grund der Liquorbefunde und der Ergebnisse der Luesinreaktion stellt Verf. den Satz auf: ,,Die Paralyse weist eine bedeutend schwächere zelluläre Abwehrreaktion auf als die Lues cerebri. Anschließend erläutert er seine Hypothese über das Zustandekommen der Paralyse.

Plaut (21) fand im Gegensatz zu *Kafka* nur bei 0,6 % seiner Paralysen negative Sera und bei keinem Paralytiker mit neg. Serum eine pos. Wa-R. mit 0,2 Liquor. Umgekehrt hatte er bei 97 Paralysen neben stark positiver Blut-Wa-R. eine negative oder schwach positive im Liquor. *Kafkas* andere Resultate faßt er als Ergebnis einer andersartigen Handhabung der Technik auf. *Plaut* glaubt nicht, wie *Kafka*, daß die Reaktionskörper des Serums bei Paralytikern ausschließlich im Zentralnervensystem gebildet werden.

In einer andern Publikation erinnert *Kafka* (22) an das Mißverhältnis zwischen starker Wa-R. und schwachem Ausfall der entzündlichen Liquorreaktionen bei Paralyse. Umgekehrt ist bei Gehirnsyphilis die Wa-R. meist schwächer und die entzündlichen Reaktionen stärker. In Verbindung mit den Ausführungen in der ersten Arbeit (21) kommt *K.* zu ganz bestimmten theoretischen Anschauungen über die Natur der Paralyse und ihre Entstehung.

Herschmann (17) hat in einer Anzahl von Fällen der luischen Spätlatenz positive Liquorbefunde erhoben und weist darauf hin, daß nicht jeder positive Befund im Liquor als luische Geistesstörung angesprochen werden darf, daß vielmehr der klinische Befund in solchen Fällen den Ausschlag geben muß. Er stellt die Erklärungshypothese für solche Fälle auf, daß alte spezifisch-luische Herde durch nichtspezifische organische Krankheiten des Zentralnervensystems gleichsam reaktiviert werden.

Krüger (26) berichtet über den Ausfall der ,,4 Reaktionen" bei Paralysen, Tabes, Hirnlues. Bei Paralysen zeigen fast 90 % positive 4 Reaktionen. Am seltensten fehlten Pleozytose und Eiweißvermehrung. In keiner von 310 Paralysen fehlten sämtliche Reaktionen. Bei Tabes waren nur in 70 % alle 4 Reaktionen positiv. In 3,5 % der Fälle fehlten alle 4 Reaktionen; nur in 85 % war im Blut Wa-R. positiv, in 77 % die Wa-R. im Liquor positiv. Lymphozytose wurde in 10 % der Tabesfälle vermißt. Bei Lues cerebrospinalis waren nur in der Hälfte der Fälle alle 4 Reaktionen positiv; in 66,6 % war im Liquor die Wa-R. positiv, während Blut-Wa-R., Zell- und Eiweißvermehrung unabhängig voneinander in 80 % der Fälle sich nachweisen ließen. Die Häufigkeit der negativen Reaktionen hängt in vielen Fällen mit vorhergehender Behandlung zusammen. Aus den Schlußfolgerungen des Verf. sei erwähnt, daß Beeinflußbarkeit der Reaktionen durch Therapie, besonders Salvarsan, das Vorliegen eines echt syphilitischen Krankheitsprozesses wahrscheinlich macht.



Um die Ausflockungsreaktion von Sachs-Georgi auch für Liquoruntersuchungen brauchbar zu gestalten, nahm *Georgi* (14) sowohl vom Liquor wie vom Extrakt bis zur dreifachen Menge der Normaltechnik, also 1,5 ccm Liquor und 0,75 ccm Extraktverdünnung. Trotz des Gleichbleibens der Versuchsmengen im Verhältnis zueinander fand Verf. eine für Lues charakteristische Ausflockung, keine atypischen Flockungen. Die Reaktion soll in dieser vergrößerten Reaktionsmenge besser als die Wa-R. ansprechen, sie versagte nur in einem Fall und zeigte dagegen bei 4 syphilitischen Patienten positiv an, bei denen Wa-R. negativ ausfiel.

Marx' (30) Untersuchungen des Liquors an Luikern und andern Kranken ergab mit der *Klausner*schen Reaktion in keinem Fall einen positiven Ausfall. Der Sublimatreaktion von *Weichbrodt* vermag Verf. keinen besonderen Wert vor der Phase I zuzuerkennen. Eine besonders starke Sublimatreaktion bei mittlerer Phase I spricht für Paralyse. Ein bläulicher Schimmer der Trübung bei der Sublimatreaktion wurde auch bei fehlender Lues festgestellt.

Horstmann (18) hat an 100 Fällen luischer und nichtluischer Nervenkranker die Sublimatreaktion mit den „4 Reaktionen" verglichen und kommt zum Schluß, daß in jedem neurologisch zweifelhaften Falle die Sublimatreaktion ausgeführt werden sollte. Sie war bei nichtluischen Erkrankungen nur ausnahmsweise und schwach positiv und dann nie stärker als Phase I. Bei syphilogenen Erkrankungen war sie durchweg stark positiv und oft stärker als Phase I.

Kyrle, *Brand* und *Mras* (28) fanden, daß bei der Goldsolreaktion eine Spezifizität der Kurvenform für progressive Paralyse nicht besteht. Gleiche Kurven werden auch bei Luesfällen der frühen Sekundärperiode gefunden. Die positive Goldreaktion kann bei Luikern auch unabhängig von den andern Liquorreaktionen auftreten. Sie steht weder mit den Eiweißglobulinvermehrungen noch mit den Wassermannreaginen in ursächlichem Zusammenhang. Sie ist als sehr empfindlich eine wesentliche Bereicherung der Liquordiagnostik. In einer weiteren Arbeit (28 a) fanden die Verff. an großem Material, daß die Liquorveränderungen im Sinne einer positiven Goldreaktion meist in der allerersten Zeit der Sekundärperiode beginnen. Unter 2000 Beobachtungen war Goldsol nur zweimal negativ bei pos. Wa-R. Das Bestehenbleiben einer stark positiven Goldreaktion im Sekundärstadium halten Verff. für prognostisch nicht gleichgültig.

Stern und *Pönsgen* (43) wandten die Goldsol- und die Kollargolreaktion an und fanden, daß die Differenzialdiagnose in schwierigen Fällen spätluischer Erkrankungen mit psychischen Störungen durch den Ausfall dieser Reaktionen nicht immer erleichtert wird.

Mit einer gewissen Reserve stellen sie folgende drei Punkte als Ergebnis auf: 1. Eine Rechtsverschiebung des Fällungsmaximums in der Goldkurve wird eher für einen nichtparalytischen Krankheitsprozeß sprechen. 2. Die negative Kollargolreaktion bei paralyseähnlicher Goldkurve hat die gleiche Bedeutung. 3. In demselben Sinne spricht das rasche Negativwerden beider Reaktionen nach einer hinreichend intensiven spezifischen Kur.

In bezug auf die Mastixreaktion kommt *Schönfeld* (40) zu dem Schluß, daß sie ebensowenig spezifisch für Syphilis wie die bisherigen Liquorreaktionen ist.

Ihre Empfindlichkeit liegt zwischen *Pandy* und Phase I; bei Frühsyphilis ist sie von keiner besonderen Bedeutung, ebenso bei syphilisfreien Fällen. Sie bedeutet in diagnostischer Hinsicht keine Erweiterung der Untersuchungsmethoden für den Liquor. *Stern* und *Pönsgen* (44) besprechen die verschiedenen technischen Ausführungen der Mastixreaktion. Sie lehnen die Einteilung der Fällungsstärken in 12 Grade (*Kafka*) ab und begnügen sich mit 4 Stärkegraden. Die Kurven zeigen nicht die krankheitsspezifische Einheitlichkeit, wie sie *Kafka* und *Eskuchen* annehmen, auch bei Paralyse nicht. Die Goldreaktion ist in der Hinsicht überlegen. Für Tabes empfehlen die Verff. die Mastix- und die Kollargolreaktion gemeinsam. Bei anderen luetischen Erkrankungen ist die „Lueszacke" nicht immer vorhanden. Zusammenfassung: Die Mastixreaktion ist der Goldreaktion unterlegen.

Bonsmann (4) bespricht einige Änderungen in der Technik bei Anwendung der Kolloidreaktionen beim Liquor cerebrospinalis. Er betont, daß insbesondere multiple Sklerose und Hirntumoren Fehlresultate ergeben. Die Ergebnisse aus größerem Untersuchungsmaterial sind folgende: Negativer Ausfall der Goldreaktion läßt Lues des Zentralnervensystems fast ausschließen. Typische Paralysekurve kommt in voller Ausbildung kaum je bei einer andern Erkrankung vor. Die Mastixreaktion ist zu wenig scharf, als daß aus ihrem negativen Ausfall überhaupt Schlüsse zu ziehen wären. Eine typische Rechtsverschiebung beweist bei ihr eine eitrige oder tuberkulöse Meningitis. Eine positive Mastixreaktion im Beginn der Kurve büßt wegen der nicht so seltenen atypischen Meningitiskurven viel an Spezifizität ein. Mastix ist nur als Ergänzung zur Goldreaktion zu empfehlen. Die Berlinerblau- und die Kollargolreaktion kommen praktisch nicht in Betracht. Auch *Guillain Laroche* und *Lechelle* (15) bemängeln die geringe Empfindlichkeit der Mastixreaktion und ziehen deshalb die von ihnen eingeführte Benzoereaktion vor.

Fleischmann (12) stellt nach Sichtung aller bisherigen Erklärungsversuche für die Entstehung des Liquors cerebrospinalis die These auf, daß die Zellen der Plexus chorioidei das Blutserum bei seinem Durchtritt nach den Ventrikeln einer weitgehenden Absorption unterziehen. Er stellt sich vor, daß alle die Bestandteile des Blutserums, deren Übertritt bedenklich erscheint, abgefangen werden. In einer zweiten Arbeit weist Verf. (13) nach, daß interkranieller Blutdruck und Liquorspannung in voller Einheitlichkeit und absoluter Abhängigkeit voneinander stehen; sie bilden ein geschlossenes und untrennbares Ganzes.

Mehr hypothetisch als bewiesen nimmt Verf. folgendes an: Infolge der Lage der Hypophyse ergießt sich ihr Sekret zuerst in die Hirngefäße, und die Wirkung des Sekrets auf den Blutdruck macht sich hier viel intensiver geltend als in den übrigen Körpergefäßen. Verf. schreibt so dem Hypophysensekret einen stimulierenden Einfluß auf die Liquorproduktion zu. Wenigstens für die Pathologie der Zerebrospinalflüssigkeit glaubt *F.* an eine ursächliche Rolle des Hirnanhanges. Nach Schädeltraumen auftretende Polyurien und Glykosurien führt er auf Hypophysenschädigung zurück. Beim Hydrocephalus soll häufiger, als bisher angenommen, eine Hypophysenschädigung bestehen.

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

---

1. Sachregister.







2. Autorenregister.

Die Physiologie des Kreislaufes

von

Dr. Robert Tigerstedt

o. ö. Prof. an der Universität Helsingfors (Finnland)

Zweite, stark vermehrte und verbesserte Auflage

Erster Band: Die Bewegung des Herzens. Mit 177 Abbildungen im Text. Quart. VIII, 334 Seiten. 1921. Grundzahl geh. 11, geb. 14

Zweiter Band: Die Innervation des Herzens. Mit 169 Abbildungen im Text. Quart. VIII, 478 Seiten. 1921. Grundzahl geh. 15, geb. 18

Dritter Band: Die Strömung des Blutes im großen Kreislauf. Mit 134 Abbildungen im Text. Quart. VI, 320 Seiten. 1922. Grundzahl geh. 10, geb. 13

Seit dem Erscheinen dieses Lehrbuches als einbändiges Werk ist keine ausführlichere Monographie über diesen Gegenstand veröffentlicht worden. Die höchst wichtigen Resultate des letzten Vierteljahrhunderts auf diesem Gebiete lassen eine neue Darstellung dieses Themas immer mehr wünschenswert erscheinen. Diesem Bedürfnis will das Tigerstedtsche Lehrbuch in seiner neuen Gestalt entsprechen. Den jetzt vorliegenden drei Bänden wird der vierte (Innervation der Blutgefäße) im Frühjahr 1923 folgen.

Verkaufspreis: Grundzahl × jeweiliger Schlüsselzahl des Börsenvereins, die in allen Buchhandlungen zu erfragen ist.

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORM. G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER VEIT & COMP. — BERLIN W. 10 UND LEIPZIG